

26

**D<sup>r</sup> EMILE-LOUIS COUDERT**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

**QUAND ET COMMENT CONVIENT-IL**

**D'OPÉRER**

**L'APPENDICITE AIGÜE**

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE**



QUAND ET COMMENT CONVIENT-IL

D'OPÉRER

L'APPENDICITE AIGÜE



**D<sup>r</sup> EMILE-LOUIS COUDERT**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

**QUAND ET COMMENT CONVIENT-IL  
D'OPÉRER  
L'APPENDICITE AIGÜE**

---

PARIS  
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1929



A MON PREMIER MAITRE EN MÉDECINE

AU

Docteur P. EMILE COUDERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté

MON PÈRE

A Madame P. EMILE COUDERT

*Pour toutes les marques d'affection  
maternelle qu'elle m'a prodiguées.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur PAUL LECÈNE

Professeur de Pathologie externe à la Faculté de Médecine

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### Stage

1918-1919. — M. le Docteur MOUCHET.

1919-1920 } M. le Professeur agrégé CASTAIGNE.  
                  } M. le Professeur agrégé LENORMANT.

### Externat

1920-1921. — M. le Professeur SERGENT.

1921-1922. — M. le Professeur H. ROGER.

### Internat

1923-1924. — M. le Docteur DEVRAIGNE.

1924-1925 } M. le Docteur MOUCHET.  
                  } M. le Professeur agrégé LARDENNOIS

1925-1926. — M. le Professeur agrégé GRÉGOIRE.

1926-1927. — M. le Professeur agrégé LENORMANT.

1927-1928. — M. le Professeur LECÈNE.

A M. le Docteur L. ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine

A MM. PRUVOST, TRÉMOLIÈRES, MADIER,  
MOULONGUET, GAUDARD D'ALLAINES

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux

A M. le Docteur WILMOTH

Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine

A MES CONFÉRENCIERS

MM. F. LUMIÈRE, BUCQUET, PELTIER,  
F. BOURGEOIS

A MES AMIS

A MES COLLÈGUES DANS LES HOPITAUX

## INTRODUCTION

---

Nous n'avons pas la prétention en abordant un chapitre de la pathologie chirurgicale aussi fouillé que celui de l'appendicite aiguë de faire œuvre nouvelle, non plus que de décrire quelque voie d'abord, soit encore une méthode de drainage infailible.

Le succès est venu encourager l'habileté et l'audace chirurgicales, l'appendicite n'est plus qu'un parent pauvre sur lequel, semble-t-il, tout a été dit. Tout a été dit sans doute, mais l'esprit qui nous a poussé à cette étude critique aurait pu aussi bien nous orienter vers tout autre sujet. Nous nous expliquons.

Après les observations patientes de la clinique, les contrôles biologiques ou histologiques, permettant de fixer dans une forme plus ou moins parfaite un chapitre de pathologie, l'esprit le plus simple comme le plus scientifique a besoin d'une conclusion.

En abordant la chirurgie nous pensions trouver le chemin facilité par cette conclusion qu'est l'acte chirurgical. Nous nous imaginions que nos responsabilités ne seraient pas trop grandes en face des urgences banales, l'appendicite aiguë par exemple, que des directives puisées dans les livres suffiraient à en venir à bout.

Nous nous trompions doublement, en acceptant d'abord l'idée d'une pathologie strictement subdivisée en chapitres intangibles, en découvrant ensuite des enseignements catégoriques, mais contradictoires.

Il faut bien admettre que ceux-là qui les dictèrent sont restés à cette première erreur dont nous cherchons à nous évader, comment pourraient-ils autrement affirmer leur inébranlable foi pour un horaire, un mode de fermeture, une méthode de drainage, s'ils avaient compris en regard, l'absence du cas type, la variété infinie du problème chirurgical.

Nous estimons, comme ceux qui ont dirigé notre éducation, que l'erreur commune est de chercher des conclusions quasi-mathématiques, des règles de conduite immuables en face des cas à résoudre. Mais y a-t-il, deux, trois hypothèses avec deux ou trois solutions à y opposer ? Malheureusement non, les données changent presque toujours et si nous n'avons pas la prétention d'apporter la clef définitive, du moins pourrions-nous dire, qu'il ne faut pas faire ceci plus que cela, mais essayer dans l'interprétation des symptômes, dans le contrôle rigoureusement scientifique des faits, d'émettre la bonne hypothèse. Voilà la première partie de notre travail, l'étude critique du diagnostic d'intervention.

Il nous faudra ensuite conclure, nous voulons dire conduire l'acte opératoire logiquement de bout en bout et décider des questions capitales de la voie d'abord, du drainage, de la fermeture pariétale.

Nous savons bien qu'il n'y a qu'à ouvrir les oreilles, les avis ne manquent pas ; mais lesquels choisir ? Nous

ne désirons combattre pour aucun, nous voulons leur demander un emprunt en s'inspirant des circonstances. Nous envisagerons ainsi les différents procédés et leurs applications dans le second chapitre de la conduite opératoire.

Pour ce travail essentiellement critique il nous a semblé plus démonstratif de choisir l'appendicite aiguë, affection banale, de discussion constante dans le diagnostic de la pathologie abdominale, opération fréquente dans la pratique de tous les chirurgiens, parce qu'elle illustre le mieux les erreurs commises, dans l'interprétation des facteurs de la gravité, dans l'appréciation de l'heure opératoire, dans sa technique.

Cette étude sur l'appendicite aiguë nous a été inspirée par notre maître M. le P<sup>r</sup> LECÈNE. Nous tenons à lui dire ici toute notre reconnaissance ; son enseignement de tous les jours au cours de notre quatrième année d'internat a pu, nous l'espérons, nous laisser quelque peu la marque de son bon sens et de sa bonne foi pour la seule recherche du mieux.

---

## PLAN

---

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. — <i>Diagnostic d'intervention</i> .....                                                                                       | 13 |
| A) Définition de l'appendicite aiguë. Etude générale<br>des grandes formes cliniques. Séméiologie de<br>l'appendicite aiguë ..... | 13 |
| B) Les facteurs de la gravité .....                                                                                               | 26 |
| C) L'heure de l'intervention .....                                                                                                | 33 |
| II. — <i>Conduite opératoire</i> .....                                                                                            | 37 |
| III. — <i>Discussion</i> .....                                                                                                    | 53 |
| A) Les résultats dans la pratique .....                                                                                           | 53 |
| B) Les morts et les causes des morts avec tableau<br>résumé de 220 observations .....                                             | 55 |
| IV. — <i>Conclusions</i> .....                                                                                                    | 85 |

---

## CHAPITRE I

---

### DIAGNOSTIC D'INTERVENTION

---

#### A. — Définition de l'appendicite aiguë.

##### Etude des grandes formes cliniques.

##### Séméiologie de l'appendicite aiguë.

Avant de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale et d'en fixer les règles, encore faut-il s'entendre sur le terme même d'appendicite aiguë comme sur le délai possible où peuvent courir les lésions.

Dans l'esprit de quelques-uns l'appendicite aiguë est une affection rapide qui se juge en quelques heures, 24 ou 48 heures, au delà desquelles il est prudent d'attendre le refroidissement des lésions ; cette opinion ne s'applique en règle générale qu'à un nombre de cas assez limité, la généralisation de cette méthode est à la fois dangereuse et inexacte. D'aucuns estiment pouvoir garder une expectative armée et n'opérer l'appendicite aiguë que si l'évolution semble fâcheuse.

S'il existe des appendicites aiguës qui tournent court

et dont la crise a été banale, ce n'est pas là une raison suffisante pour risquer d'opérer la main forcée. Par contre, certaines formes aiguës et graves d'apparence ne sont pas à opérer immédiatement. Il convient dans certains cas de savoir maîtriser son impatience pour attendre un moment plus favorable, ne fut-ce que quelques heures après. C'est dire que l'appendicite aiguë s'étage sur un certain nombre de jours. Il importe avant tout de la définir en en fixant ses délais.

Les délais de l'appendicite aiguë sont d'environ 15 jours, ceux qui correspondent à l'évolution de la lésion et aux conséquences immédiates en résultant (Lecène).

Cette durée doit être considérée d'ailleurs comme assez élastique, mais nous insistons sur cette longue période dans l'évolution de l'appendicite aiguë que d'aucuns ont méconnue ou négligée. Elle nous montre l'intérêt d'une surveillance non relâchée. Si le médecin qui suit une pneumonie banale possède des éléments d'appréciation qui lui permettent de fixer un terme à l'évolution de la maladie, il sait encore que des modifications peuvent survenir, que l'affection peut rebondir modifiant son pronostic; l'appendicite, infection microbienne, est soumise aux mêmes incertitudes et que ce soit 48 heures ou 8 jours après un début de crise, le chirurgien doit se le rappeler.

Ce premier point fixé il ne nous semble pas inutile de retracer brièvement les grandes formes sous lesquelles on est appelé à rencontrer en clinique l'appendicite, et

pour éviter des confusions possibles, et pour la facilité de la discussion.

Pratiquement il en existe quatre grandes modalités.

**1° Appendicite aiguë perforée avec péritonite diffuse.**

Cette forme très connue, brutale dans son début perforante d'emblée, ou en deux temps, avec son schéma classique bien décrit est cependant la moins fréquente de toutes.

**2° Appendicite aiguë perforée avec péritonite circonscrite ou épiploïte organisée :**

Beaucoup plus fréquente que la précédente elle réalise les formes dites à plastron souvent abcédées et dont la surveillance nécessite une attention très rigoureuse.

**3° Appendicite aiguë non perforée avec péritonite diffuse :**

C'est de beaucoup la plus fréquemment rencontrée, elle est moins grave pour ceux qui patientent trop. Sa réaction péritonéale souvent banale, parfois amicrobienne de l'ordre du liquide clair qu'on trouve en enlevant un appendicite rougeâtre érectile ne met pas l'organisme en un danger trop immédiat.

**4° L'appendicite aiguë non perforée sans péritonite diffuse.**

Celle-ci enfin relativement très fréquente s'accompagne de lésions localisées qui évoluent principalement vers l'abcès.

Telles sont les grandes classes où s'incorpore la grande variété des appendicites aiguës.

### Séméiologie

Après ces quelques indications générales nous arrivons à l'exposé du tableau symptomatique, non pour en renouveler une description, mais pour une interprétation clinique des symptômes, destinée à mettre en valeur, suivant les cas, des indications opératoires.

L'appendicite aiguë depuis déjà longtemps a fait l'objet de leçons restées classiques; c'est là un chapitre bien connu de tous les médecins. Cependant une description doit en général à sa clarté d'être limitée à un schéma plus ou moins étroit dans ses cadres, qui tire sa valeur de l'ordre des symptômes, de la rigueur des termes, de l'absolu de ses principes. Cet avantage didactique a un inconvénient pratique, car nous savons tous qu'il peut y avoir dans chaque appendicite de grosses variantes, des signes d'allure différente de l'une à l'autre, et qu'à vouloir décalquer la clinique du livre sur celle du malade on risque fort quelquefois de se tromper.

C'est pourquoi il faut pouvoir apprécier les symptômes tirés de l'examen du malade, qui par leur allure particulière prennent une signification plus grande sinon capitale dans le jugement que nous aurons à formuler; nous garderons à peu près pour cette étude critique l'ordre même de leur apparition dans les descriptions classiques.

Suivant le schéma bien connu après une phase douloureuse, premier symptôme en date, l'examen met en valeur 3 signes. Point de Mac Burney, hyperesthésie cutanée, contracture. Concurremment d'autres manifestations: le vomissement, la température et le pouls com-

plètent le tableau, auquel il faut ajouter des éléments témoins de l'intoxication appendiculaire (Langue, facies, urine) ou de la réaction péritonéale (matières, gaz).

### **Douleur.**

Déjà dès le début nous nous heurtons à des difficultés d'appréciation importantes. L'analyse du symptôme douleur quant à son intensité, à son siège et à son horaire est tellement fonction du malade lui-même, tellement variable que sa valeur en est pratiquement très diminuée. A côté du point fixe bien localisé à la fosse iliaque, stable, augmentant avec l'évolution de la crise, combien d'appendices malades donnent des douleurs vagues à distance, des sensations de coliques ou de pesanteurs. Seule la fameuse douleur brutale (en coup de poignard) garde sa grande valeur diagnostique, elle est ce que sont toutes les douleurs par perforation dans le péritoine et pourtant, rappelons-nous la confusion fréquente de cette douleur perforante avec celle de l'ulcus gastro-duodénal, l'intensité de certaines douleurs alors que l'appendice n'est pas ouvert dans la grande cavité, l'absence de ce signe dans les appendicites hypertoxiques, gangrenées ou perforées.

La variabilité du siège de cette douleur nous amène ainsi à étudier l'un des éléments de la triade symptomatique de Dieulafoy, le point de Mac Burney.

### **Point de Mac Burney.**

Nous ne ferons d'ailleurs que le signaler puisque sa constatation n'entre pas dans le cadre des facteurs de gra-

tivité, il est intéressant toutefois d'indiquer combien sa recherche a peu d'importance et à quelles erreurs diagnostiques il a pu prêter, pour ceux qui ne veulent pas penser aux différents sièges anatomiques de l'appendice.

Des deux autres éléments de la triade symptomatique nous passerons sous silence l'hyperesthésie cutanée bon signe de réaction péritonéale en certains cas, mais sujet à caution chez bien des malades, la contracture abdominale par contre nous apparaît comme un élément capital par sa valeur séméiologique.

### **Contracture.**

Il faut envisager la contracture abdominale comme un signe certain *d'irritation du péritoine* que cette réaction de défense de la séreuse reconnaisse à l'origine un liquide septique (c'est la règle) ou non. C'est après l'interrogatoire, l'élément que va apprécier immédiatement la main du chirurgien et on ne saurait trop insister sur l'importance de cette palpation. En réalité si une contracture localisée dans la fosse iliaque droite est une valeur indicative de premier ordre, rappelons-nous qu'elle ne signe pas forcément une lésion d'origine appendiculaire. Et beaucoup plus que son siège, qu'en certains cas pour l'appendicite nous pourrions trouver : lombaire, sous-hépatique, sus-pubien, deux caractères priment avant tout :

L'intensité ;

L'extension de la contracture.

Son intensité est excessivement variable allant depuis la simple défense pariétale qu'apprécie bien seulement une main habituée au palper, jusqu'à la rigidité absolue d'un segment abdominal. Pratiquement il faut savoir que ces différences dans la contracture n'ont pas une grosse valeur et ne sont pas fonction de l'intensité des lésions, de la gravité du cas ou de la nature de l'agent microbien.

Bien plus importante au contraire, chez un sujet qu'on surveille est l'extension de la contracture. La propagation de la réaction péritonéale en hauteur d'abord puis aux différents segments de l'abdomen, la rapidité de cette extension sont des signes non douteux de la généralisation d'une péritonite qui ne gagne rien à attendre plus longtemps une intervention chirurgicale ; et nous retiendrons le fait comme un des premiers signes d'alarme de la gravité dans l'appendicite aiguë. A la constatation de cette contracture témoignant de l'irritation du péritoine on peut ajouter la recherche capitale du toucher rectal qui confirme la sensibilité des culs-de-sac, mais il est peut être encore plus important de bien savoir que si l'extension de la contracture est un symptôme presque certain d'un état qui s'aggrave, son absence n'infirme pas la possibilité d'une lésion. Il est des sujets qui réagissent avec une intensité extraordinaire à une simple congestion appendiculaire avec légère réaction séreuse du péritoine environnant, qu'exaspère douloureusement le moindre palper. Il en est d'autres à appendice gangréné, à péritonite déjà purulente qui ont un minimum d'indications cliniques au

palper abdominal et si la contraction généralisée d'un abdomen est une indication formelle d'intervention, son absence n'est pas un argument de même valeur contre. Enfin dans les appendicites rétro-cæcales on sait qu'elle peut manquer totalement.

C'est pourquoi nous avons le devoir de trouver dans d'autres éléments le moyen de faire notre diagnostic d'intervention :

### **Vomissements.**

C'est un signe de début à peu près constant, il n'est pour ainsi dire pas d'appendicites aiguës vraies au cours desquelles on ne puisse le signaler, ou à son défaut noter quelques nausées ; la fréquence même du vomissement nous permet donc de donner à son absence quelque valeur dans la discussion du diagnostic des états douloureux abdominaux, surtout chez l'enfant. Mais nous ne pouvons l'envisager que comme un symptôme banal qui complète un tableau classique d'un syndrome quelconque abdominal. Il ne peut revêtir d'intérêt, comme révélant une forme plus alarmante, que par son abondance et surtout par sa *reprise*.

L'abondance de certains vomissements intenses dès le début se renouvelant à tout instant peut indiquer qu'il s'agit d'une lésion sérieuse, c'est en quelque sorte un symptôme de l'envahissement du péritoine, véritable doublure de la contracture.

Mais mieux encore pour ceux qui dans l'appendicite aiguë s'attardent dans la contemplation aidée du traitement médical, après une accalmie de quelques heures

ou d'un ou deux jours, la *reprise des vomissements* est un signe presque certain du réveil et de la propagation du foyer, s'accompagnant presque toujours et parallèlement d'une reprise de la température et d'une accélération du pouls.

L'interrogatoire quotidien au cours d'une appendicite aiguë quelqu'en soit la forme ne manquera donc jamais de porter sur la présence de ce signe, il s'agit de dépister précocement les péritonites graves, secondaires à des formes qui paraissaient s'enkyster.

### **Température.**

La température doit être envisagée comme un signe excessivement trompeur. Combien de médecins ont cru pouvoir temporiser sur la seule constatation d'une élévation thermique modeste. Ici comme ailleurs faire reposer sa décision sur une seule indication constitue une méconnaissance absolue de la clinique et une confiance mal placée dans les enseignements dits classiques.

En principe et c'est là il faut l'avouer une règle presque normalement observée, l'appendicite aiguë est toujours fébrile (au voisinage de 38°5 souvent davantage chez l'enfant). Mais outre que les réactions thermiques sont très variables d'un individu à l'autre, l'absence de pyrexie n'est pas plus un symptôme contre l'hypothèse d'une appendicite qu'elle n'est une preuve de la bénignité.

Les cas ne manquent pas d'appendicites graves avec 37°5 soit qu'il s'agisse de formes particulièrement

redoutables et toxiques en vérité très rares et où l'état général alarmant saute aux yeux, soit qu'il s'agisse de formes localement importantes avec possibilité de péritonites en voie de purulence. Dans ce fait il faudra savoir apprécier le désaccord entre cette température insignifiante et par exemple un pouls rapide à 120 ou un faciès qui se grippe, soit encore des vomissements répétés.

En d'autres circonstances si l'ensemble de la symptomatologie cadre avec une petite poussée fébrile et a pu faire croire au médecin qu'il pouvait s'abstenir, *la reprise* de la température (tout comme celle des vomissements) doit immédiatement nous alarmer et nous faire suspecter que le foyer mal éteint renaît dangereusement ; presque constamment une accélération concomitante du pouls a été observée.

Voilà donc un symptôme dont il faut se méfier au premier chef, il n'y a aucun parallélisme possible à établir entre les variations du thermomètre et la gravité de la crise. En règle générale la température existe dans les appendicites mais il faut savoir chercher d'autres informations quand elle manque, ne pas lui attribuer la valeur d'une indication opératoire si elle est élevée. Les poussées thermiques dans les péritonites plastiques qui s'abcèdent ne doivent pas hâter l'opération avant le moment opportun.

### **Pouls.**

En regard de l'infidélité du symptôme température, on peut considérer le pouls comme le facteur capital

dont l'observation et l'appréciation dominante peut-être la clinique de l'appendicite aiguë.

Alors que dans l'ensemble tous les signes les uns après les autres peuvent venir à nous manquer, il est très rare de ne pas conserver le pouls comme contrôle dans une forme grave ; il nous avertit de nous méfier des tableaux en apparence bénins sans grosse contracture, sans température ou sans vomissements, des formes soi-disant légères avec peu de douleurs, état général satisfaisant. Dans tous les cas son accélération se dissociant des autres signes *est un facteur de gravité de premier ordre et qu'il ne faut jamais négliger*. Serait-ce donc là le signe pathognomonique attendu, la règle infaillible nous autorisant à différer, ou commandant l'intervention ? Malheureusement non, ce signe peut, mais beaucoup plus rarement ne pas aller de pair avec des lésions déjà avancées ; il faut ne plus compter sur lui si l'observation clinique nous a par ailleurs donné des motifs d'inquiétude. Nous retiendrons toutefois, en y insistant, l'importance toute particulière qu'on doit lui attribuer.

Plus peut-être que la surveillance de la contracture en voie d'extension, que l'abondance des vomissements, que la montée de la fièvre, *l'accélération du pouls constatée d'heure en heure ou d'un examen à l'autre commande une opération sans retard*.

Outre cette valeur de signe d'alarme il reste encore le témoin qui juge de la gravité de la crise dans les heures et les jours post-opératoires ; parmi toutes les autres manifestations sa régularisation, sa régression,

son amélioration, sont ce qu'interroge le plus impatientement l'opérateur.

Les différents symptômes que nous venons de passer en revue sont à la base des indications opératoires au cours de l'appendicite aiguë. Il en existe d'autres à côté d'eux, qui traduisent la réaction de l'individu à l'intoxication appendiculaire et qui entrent également en ligne de compte pour renforcer le faisceau des indications opératoires.

### **Etat général.**

Bien souvent au cours de certaines formes qui peuvent ne pas paraître redoutables, on est frappé avant l'examen par la prostration du malade, qu'augmentent une dyspnée assez forte, une fatigue particulière des traits, le cerne des yeux, une langue déjà un peu sèche, (sans vouloir parler le moins du monde des états péritonéaux classiques). Il est bien rare qu'il ne s'agisse point dans ces circonstances d'appendicite grave, de ces appendicites toxiques, sans gros phénomènes abdominaux, et ici d'une façon pour ainsi dire constante le pouls contrôle rigoureusement cette atteinte de l'organisme.

Dans un deuxième ordre d'idée à propos de ces formes en deux temps où nous avons indiqué tout l'intérêt de l'extension de la contracture, de la reprise des vomissements et de la température, de l'accélération du pouls, l'entourage du malade (principalement chez les jeunes sujets) peut être alerté par une soudaine fatigue et une transformation en quelque sorte du visage, marchant

de pair avec les symptômes alarmants précités. Mais ce sont là surtout des éléments qui complètent un tableau sans le dominer.

Quant aux formes hypertoxiques ou adynamiques, comme les péritonites généralisées elles s'accompagnent de signes bien connus que nous ne nous attardons pas à retranscrire. Nous recherchons ici des éléments d'information précoce ou d'alarme il est bien évident que le diagnostic en ces circonstances n'est plus malheureusement à discuter.

### **Matières et gaz.**

Il est classique de dire que les appendiculaires sont des constipés et qu'au moment de leurs crises ils présentent assez fréquemment un peu de diarrhée ; pour l'arrêt des gaz il n'est d'abord pas absolu, et sa valeur est très relative puisqu'elle ne traduit qu'une parésie intestinale, transitoire, propre aux états péritonéaux.

Toutefois l'intérêt de ce chapitre tient à deux faits : le premier est qu'en vertu de la constipation courante chez ces malades ou des erreurs diagnostiques du début il n'est pas rare que l'entourage ou le médecin les purge. C'est une question capitale à poser quand on est appelé à examiner une appendicite aiguë, cette notion bien courante mérite cependant d'être citée et on peut dire que *la purgation dans l'appendicite aiguë doit être considérée comme une indication d'opérer.*

Le second fait a trait à l'arrêt des gaz, peu important au début ainsi que nous le disions plus haut, nous rappelons l'intérêt de ce signe quand il persiste les

heures ou les jours suivants, il est la manifestation capitale des appendicites avec occlusion intestinale dont on connaît l'exceptionnelle gravité.

Ce bref rappel nous permet de conclure que si l'appendicite aiguë en pratique courante peut être considérée comme d'un diagnostic facile dans les cadres d'une description déjà ancienne dont la valeur reste intacte, il existe toutefois dans une assez grosse proportion des cas ou les faits cliniques demandent à être différemment compris. C'est dans ces conditions que les responsabilités du médecin et de l'opérateur sont le plus mis en jeu. Avant d'aborder les facteurs de la gravité nous retiendrons pour les pages qui vont venir trois symptômes parmi tous, qui nous paraissent suffisants pour répondre aux questions chirurgicales.

Le pouls. La contracture. Les vomissements.

### B. — Les facteurs de la gravité

Le problème du diagnostic de l'appendicite aiguë est d'abord et comme toujours celui du diagnostic positif, mais il faut encore, c'est le point capital, savoir poser le diagnostic d'appendicite grave. Comment ?

Ce diagnostic de gravité s'établit sur l'appréciation de chaque signe isolément et sur la connaissance préalable des lésions qu'on est appelé à rencontrer.

Nous venons de le voir, l'échelle d'importance des symptômes est variable. Elle est variable en fonction même des lésions locales et de la virulence microbienne.

C'est pourquoi, pour aborder cette discussion de l'intervention dans l'appendicite, nous nous devons d'exposer le premier des facteurs de la gravité :

la lésion pariétale et sa cause.

Il nous sera possible ensuite de parler de notions d'importance différente :

Le sujet et le terrain ;

Le siège anatomique de l'appendice.

### **1<sup>o</sup> Nature de la lésion pariétale et sa cause.**

Les formes cliniques brièvement citées au début, si elles sont relativement faciles à établir peuvent évoluer chacune pour leur propre compte de façon très variable, bénigne ou redoutable, c'est qu'elles correspondent à des lésions pariétales et à des infections microbiennes différentes, responsables immédiates de leur gravité.

Pour tout dire ce chapitre explicatif s'apprécie au moment de l'acte opératoire. Il importe cependant de le bien connaître pour être à même d'en interpréter raisonnablement les réponses cliniques, pour mieux diriger le temps chirurgical, mieux le combattre dans les soins post-opératoires ; l'expérience acquise doit permettre de se rendre compte objectivement des lésions sous-jacentes. Nous pourrions distinguer trois classes sensiblement différentes dans les lésions pariétales comme dans les associations microbiennes aux cours des affections appendiculaires. Nous ne ferons pas ici une description anatomo-pathologique complète de l'appendice malade, nous voulons indiquer sommairement

rement les aspects essentiels couramment observés lors des appendicites aiguës à allure grave.

a) *Appendicite gangreneuse totale à marche rapide avec nécrose pariétale perforante.*

Cette forme correspond à des syndromes cliniques particulièrement dangereux où l'atteinte de l'état général est réalisée à son plus haut degré. Du point de vue microbien il s'agit toujours d'anaérobies associées aux streptocoques et aux coli-bacilles ; il existe là une analogie presque complète avec la gangrène gazeuse des membres ; analogie que l'on retrouve à d'autres points de vue, et dans la marche particulièrement rapide de la maladie, et dans la gravité du pronostic. C'est qu'en effet l'intervention très précoce ne suffit pas toujours à enrayer le mal, non plus que la séro-thérapie antigangreneuse avec ses adjuvants. Nous verrons plus loin quand nous tirerons quelques conclusions de la statistique publiée au cours de ce travail que cette forme paie à la mortalité le plus lourd tribut. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions quand au cours d'une intervention on rencontre ces lésions perforantes avec une muqueuse envahie en totalité fortement épaissie, noirâtre, avec par places des plaques de sphacèle ou des fausses membranes grisâtres ; on trouve dans la grande cavité soit un liquide fétide plus ou moins abondant de couleur louche, soit du pus mal lié et d'odeur également caractéristique. Il s'agit là certainement de lésions excessivement redoutables

réalisant les appendicites toxique avec parfois une symptomatologie locale très diminuée.

b) *Appendicite gangreneuse en surface de la muqueuse*

Nous retrouvons encore ici les anaérobies associées aux coli-bacilles et aux streptocoques : toutefois la lésion est plus limitée, elle peut n'occuper qu'une partie de la lumière de l'appendice, elle est moins fréquemment perforante mais encore très grave ; car si elle respecte les tuniques appendiculaires elle donne lieu avec une grande fréquence par propagation lymphatique à des péritonites diffuses (à liquide fœide d'odeur fœide) où l'on retrouve les mêmes éléments microbiens facteurs responsables de la gravité de ces formes. Malgré leur danger elles peuvent paraître ne présenter qu'un tableau clinique fruste souvent peu de température, une contraction locale peu intense, mais le pouls est toujours rapide, le vomissement constant, c'est une forme propre à l'enfance.

c) *Appendicite non gangreneuse*

C'est avant tout une folliculite aiguë, une lésion diffuse ou localisée de l'appendice avec des caractères divers dans l'intensité du processus, se traduisant par des altérations plus ou moins importantes de la muqueuse sans jamais atteindre celles que nous avons décrites plus haut à propos de la forme gangreneuse. D'ailleurs ici il n'existe pas d'anaérobies, les microbes sont le coli-bacille et le streptocoque simple, ou associés, on y voit des lésions perforantes mais le tableau

clinique est franc et si l'indication opératoire reste urgente le pronostic est meilleur.

Par ce rappel succinct à des faits connus nous voulons exprimer cette opinion qu'il nous semble nécessaire de superposer la connaissance de ces lésions à la gravité de certains états. La nécessité de l'intervention s'établit alors impérieuse, il faut sans aucun doute supprimer dans la mesure du possible le foyer et ne pas perdre d'heures.

## **2° Le sujet et le terrain**

Cette notion de l'âge du sujet et de son terrain (état général antérieur et tares) si elle est d'un ordre absolument général est cependant très importante. Il s'agit somme toute pour en faire état, de connaître par avance les conditions particulières d'évolution de l'appendicite aiguë.

Il semble tout de suite évident et nous n'y insistons pas davantage que l'apparition de toute affection sur un sujet débilité, taré, dont l'état général antérieur est touché, doit revêtir une allure plus grave. D'emblée nous estimerons qu'il y a là un facteur de gravité suffisant pour qu'une intervention rapide limite le plus possible la durée de l'affection.

L'appendicite aiguë chez l'enfant et l'adolescent doit toujours évoquer l'idée de rapidité. Elle brûle les étapes. Aussi à cet âge convient-il de faire son diagnostic le plus précocement possible et d'établir une surveillance *d'heure en heure* à la moindre hésitation. Dès qu'apparaissent des signes certains, le jeune âge du malade con-

sideré comme facteur de la gravité est en faveur de l'intervention rapide. Chez le vieillard l'appendicite plus rare semble revêtir plus fréquemment peut-être une forme gangreneuse.

Tout ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents est applicable à l'adulte, la complication réside ici dans la difficulté du diagnostic positif ; d'autres syndromes gastriques, duodénaux, hépatiques, pancréatiques, salpingo-ovariens, augmentent d'autant le champ des hypothèses, mais il est bien évident que plus qu'une précision étiologique, il faut établir avant tout un diagnostic d'intervention en y ajoutant cette notion que l'appendicite aiguë chez la femme enceinte fréquemment très grave interdit toute temporisation.

### **3° Siègè anatomique de l'appendice.**

L'évolution des crises appendiculaires présente souvent une symptomatologie et une gravité différentes elle les doit quelquefois au siègè anatomique de l'appendice.

Un appendice libre a plus de chance de diffuser que s'il est protégé ou enfoui ; une situation basse ne donne pas le même tableau clinique qu'une position rétro-caecale. Mais nous savons également que des défenses péritonéales et intestinales peuvent enfermer un appendice flottant, qu'une affection limitée par la situation anatomique de l'organe peut se répandre secondairement en péritoine libre.

Les différentes positions normales de l'appendice sont au nombre de cinq :

La première, la plus fréquente de toutes (40 % environ) est dite *sous iléo-cæcale*. L'appendice occupe l'angle iléo-cæcal, en partie recouvert par les derniers centimètres de l'iléon qu'il faut soulever pour bien apercevoir.

La deuxième ou *latéro-cæco-colique* (30 %) correspond à des appendices qui remontent sur le flanc droit du colon ascendant entre lui et la paroi, après avoir croisé le fond cæcal.

Les trois autres types d'une fréquence à peu près égale sont :

Le méso-abdominal (10 %) où l'appendice dirigeant son extrémité vers la ligne médiane flotte en plein ventre.

Dans le pelvien (10 %) il plonge dans le Douglas au contact chez la femme des annexes droites.

Dans le rétro-cæcal vrai (10 %) il remonte à une hauteur variable de la face postérieure du cæcum.

Ces sièges anatomiques nous expliquent deux types d'appendicite aiguë difficiles dans leur diagnostic :

*L'appendicite rétro-cæcale ;*

*L'appendicite pelvienne.*

L'appendicite aiguë rétro-cæcale est propre aux appendicites à siège rétro-cæcal ou latéro-cæco-colique et c'est avec prédilection une variété de l'enfance. Très différente par son tableau clinique des autres variétés d'appendicite elle se caractérise surtout par l'absence fréquente de signes abdominaux (contracture et vomissements) et la présence de signes postérieurs lombaires

douleurs, hypérestésie cutanée, contracture. Elle risque plus que les autres d'être méconnue et sa position explique la fréquence de la transformation en abcès postérieur. Sa gravité tient dans cette suppuration qu'il convient d'ouvrir et de drainer largement, le plus rapidement possible faute de voir survenir des complications parfois mortelles par propagation de la suppuration vers le foie, la loge sous-phrénique, l'appareil pleuro-pulmonaire.

L'appendicite pelvienne souvent mal caractérisée à son début ne doit pas passer inaperçue pour ceux qui veulent bien pratiquer systématiquement le toucher rectal. En ce cas l'intervention précoce va permettre d'éviter l'abcès pelvien (l'abcès du Douglas dont la symptomatologie est bien spéciale et dont l'évolution en règle générale est assez simple).

Nous ne ferons que citer enfin les sièges anormaux sous-hépatiques, appendicite à gauche, appendicite herniaire, les facteurs de gravité et les indications dans tous ces cas restent sauf quelques différences, strictement les mêmes.

### C. — L'heure de l'intervention

Qu'est-ce que le temps écoulé depuis l'éclosion des lésions. On peut le dire, du temps perdu. Il faut donc poser d'abord un diagnostic d'appendicite aiguë ; mais on peut être évidemment appelé à pratiquer cet examen à un moment qui reste dans le temps très variable. Cette

circonstance mise à part, il existe un fait capital que l'on ne saurait trop mettre en relief :

*Il est absolument impossible pendant les douze premières heures de faire un diagnostic entre les formes bénignes et les formes graves d'appendicite.*

Nous ne possédons pendant ce laps de temps aucun élément d'appréciation en faveur de l'une ou l'autre hypothèse et la conclusion s'avère absolue :

*Il faut toujours opérer au début dès que le diagnostic d'appendicite aiguë est posé.*

Cette intervention immédiate est bénigne, elle constitue une précaution contre l'avenir incertain, et il apparaîtrait vraiment hasardeux d'attendre l'apparition de symptômes plus alarmants qui forcent la main.

Cette conception est pour ainsi dire adoptée par tous les chirurgiens mais il faut bien avouer que ces circonstances d'intervention sont loin d'être toujours réunies. Et le problème devient plus délicat à mesure que les heures s'écoulent puisqu'il faut apprécier à la fois et la gravité du cas et l'opportunité de l'opération.

Dans ces conditions la question du temps écoulé ne peut pas un seul instant, sans être entachée de ridicule, se résoudre par une formule, les partisans de l'abstention systématique se sont heurtés aux interventionnistes en de vaines querelles. Pourquoi adopter une attitude et l'imposer aux cas, l'intervention n'est pas une question d'horaire c'est avant tout une question de gravité, il importe peu de savoir si 48 heures se sont écoulées depuis le début de la crise, il faut interpréter l'état du malade. On doit donc et d'une façon précoce poser le

diagnostic d'appendicite grave et pratiquer toujours en ce cas une intervention immédiate.

S'il est à peu près exact qu'avant 48 heures on a toute chance de trouver à l'opération un appendice libre et d'ablation relativement facile, s'il est encore normal après un certain nombre d'heures de ne pas ouvrir un foyer de péritonite localisée au risque de diffuser dans la grande cavité une affection spontanément portée à s'organiser, il serait par contre tout à fait illogique, passé ce délai, de ne pas ouvrir une péritonite, de laisser dans l'organisme un foyer menaçant, même s'il semble limité anatomiquement.

C'est pourquoi tout l'intérêt du diagnostic de l'appendicite aiguë réside dans la connaissance et la discussion des facteurs de la gravité, ce sont eux qui dicteront notre conduite.

Nous avons vu au long de cette première partie les réserves qu'il faut apporter dans notre jugement sur les symptômes (leur échelle de valeur est d'une variabilité extrême, ils corroborent plus ou moins exactement les lésions graves de nature perforante, gangreneuse ou toxique); l'un ou l'autre peut suffire à décider de l'opération. Nous avons vu également combien l'âge du malade doit éveiller notre méfiance, les différences cliniques et la particulière gravité et rapidité de l'appendicite chez l'enfant, les formes souvent gangreneuses du vieillard, la nécessité de ne pas laisser attendre les sujets dont l'état général est touché, enfin la connaissance du siège nous a permis de comprendre quelques variantes dans le syndrome appendiculaire.

Nous dirons donc :

*Il n'existe pas d'heure d'intervention.*

Au début d'une appendicite aiguë le seul conseil sage est de toujours opérer.

Au cours d'une appendicite aiguë le temps écoulé n'entre pas en ligne de compte ; poser un diagnostic de gravité égale, poser un diagnostic d'intervention après 24 heures après comme 8 jours ; qu'il s'agisse de péritonite diffuse ou d'abcès.

L'expectative n'est recommandable et sous réserve d'une surveillance constante que dans les formes qui ont tourné court au bout de 48 heures, (en ce cas on peut continuer le traitement médical institué pour opérer plusieurs semaines après) soit encore dans les formes dites plastiques où l'infection a une tendance spontanée à l'enkystement, l'intervention à tout prix dans ces cas conduit généralement à des désastres.

---

## CHAPITRE II

---

### CONDUITE OPÉRATOIRE

---

La question une fois résolue de l'utilité de l'intervention, comment le chirurgien va-t-il se comporter ?

Quels sont ses buts ? Où portera-t-il son intervention ? Comment conduira-t-il l'acte opératoire ? Par quelle méthode de drainage ? Par quels procédés de fermeture pariétale ?

Nous avons à soulever ici quelques problèmes qu'inspirent les diverses circonstances de l'évolution clinique des appendicites aiguës. De même qu'il est impossible de se soumettre à une conduite identique des symptomatologies essentiellement différentes, on est obligé pareillement de modifier suivant les conditions, les modalités opératoires.

La crise appendiculaire aiguë au début n'a pas varié dans sa technique d'intervention, les mêmes principes dirigent encore les opérateurs. Mais on ne peut adopter une formule unique en regard d'une péritonite diffuse sans perforation, d'une appendicite gangréneuse avec

pus fétide, d'un abcès appendiculaire. Et si la faute est lourde qui consiste à attendre dans les cas graves en reculant l'heure opératoire, celles que l'on peut commettre dans le cours de l'intervention se paient aussi très cher.

Quel est le but essentiel du chirurgien ?

*C'est d'enlever l'appendice et de l'enlever en totalité.*

L'enlever c'est supprimer le foyer infectieux, c'est en principe enrayer (dans tous les cas précoces) la diffusion toxique toujours possible dans l'organisme.

Mais ce but est-il toujours facile ou même possible ? Qu'il soit facile ou non, le chirurgien se doit dans tous les cas d'éviter deux écueils, la recherche à l'aveugle, les manipulations longues dans l'abdomen. Il faut agrandir quand c'est nécessaire pour opérer librement et sous le contrôle de la vue en réduisant à son minimum le travail en milieu infecté.

Par ailleurs, nous le savons tous, *l'ablation peut être rendue impossible.*

Elle est impossible dans ses formes très spéciales de péritonite enkystée dont l'évolution vers l'abcès a motivé l'intervention généralement du septième au quinzième jour. On trouve une fois la poche purulente évacuée une agglomération très serrée, dense, rouge et friable, couvertes en partie de paquets épiploïques adhérents, l'appendice n'est pas visible, sa recherche systématique prônée autrefois est inutile et dangereuse. S'il apparaît préférable de supprimer pour l'avenir une nouvelle intervention, l'ablation dans un foyer circonscrit, nécessi-

tant la rupture des adhérences, le décollement d'anses dépéritonisées, faciles à déchirer au contact des fausses membranes, l'hémorragie abondante et difficile dans son hémostase n'en sont que les conséquences les plus simples ; et trop souvent au cours de cette exploration intempestive on rompt la fragile barrière de défense péritonéale et c'est alors la diffusion large dans toute la grande cavité. Cette éventualité doit être évitée à tout prix car il n'en est pas de plus grave.

Hormis cette forme bien spéciale, dans tous les autres cas, l'ablation de l'appendice constitue le but le plus nécessaire de l'opération et l'on doit toujours le remplir.

Là ne se borne pas encore l'intérêt de l'intervention, s'il apparaît d'une évidence un peu simpliste que l'on opère pour enlever l'appendice (comme dans l'appendicite à froid) dans l'appendicite à chaud l'on opère encore quelque fois pour évacuer, nous voulons dire *pour drainer*. En plus de l'organe malade que l'on supprime on rencontre, nous le savons, des lésions de voisinage ou à distance, liquides épanchés, pus, escarres péritonéales, abcès épiploïques, adhérences intestinales avec petits foyers purulents ; c'est pour combattre ces lésions, c'est pour arrêter leur marche que l'on a établi les différentes méthodes de drainage.

*Le but essentiel du drainage est de limiter une infection ayant tendance à diffuser.*

Il ne s'agit donc tellement pas de vider une cavité péritonéale de son contenu. On ne règle pas sa conduite sur l'abondance du liquide mais sur l'heure écoulée jus-

qu'à l'intervention, la nature des lésions, la marche de l'infection.

Bien des liquides purulents péri-appendiculaires, comme on en voit dans les appendicites du début ou les péritonites diffuses précoces sans perforation, autorisent une fermeture pariétale complète, lorsque l'opération a pu être pratiquée dans les 24 ou 36 premières heures et qu'il ne s'agit pas non plus d'un liquide odorant.

Par contre une appendicite gangreneuse où le liquide est peu abondant mais fétide, où déjà des escarres péritonéales apparaissent, demande toujours un drainage assez large ; les péritonites par perforation également (quel que soit le siège de la perforation) en raison de l'ensemencement péritonéal par les matières septiques du contenu intestinal.

Par ailleurs il n'est pas rare d'assister au bout de quelques jours d'une intervention dont les suites semblaient satisfaisantes à la réapparition de symptômes disparus, fièvre, frissons, vomissements, douleurs, accélération du pouls, il s'agit à coup sûr d'un abcès, d'un de ces abcès dits résiduels que l'on voit se former avec prédilection dans le Douglas. C'est pour les éviter qu'on installe souvent un drainage au point déclave à la partie basse de l'incision ou même par une incision supplémentaire sus-pubienne.

Quant aux abcès appendiculaires la question de leur drainage ne se pose pas, ils seront traités comme tout abcès et laissés largement ouverts.

Ainsi cette question du drainage est-elle avant toute

chose fonction de la malignité de l'infection ; indispensable dans les formes gangreneuses où l'on cherche à limiter l'extension microbienne, elle semble par ailleurs moins importante qu'on ne l'a cru. Encore vaut-il mieux cependant, drainer que de ne point le faire pour le cas toujours possible où certains, forts de conseils écrits mal interprétés, encoureraient des désastres par des fermetures trop osées. Dans le doute il est toujours prudent sans faire courir de risques aux malades de mettre une « soupape de sûreté ».

\*  
\* \*

Nous aborderons maintenant les détails pratiques de l'intervention. En dehors du choix de l'anesthésie qui semble devoir être donné à notre avis à l'anesthésie générale, meilleure certainement que la rachianesthésie, et supérieure à l'anesthésie locale inefficace dans un milieu enflammé et souvent infecté, nous allons étudier successivement :

- a) La voie d'accès ;
- b) L'ablation de l'appendice ;
- c) Le drainage ;
- d) La fermeture de la paroi.

**a) La voie d'accès.**

Différentes incisions ont été décrites pour l'abord de l'appendice il n'y a pas d'arguments valables en faveur de l'une ou de l'autre quand on opère à froid.

Dans l'opération d'urgence où le mode de fermeture

n'est jamais fixé à l'avance sans la constatation « de visu » des lésions, l'incision iliaque droite dans les muscles (incision de Mac Burney) avec dissociation musculaire offre certainement plus d'avantages, sa position plus externe est moins soumise à la poussée abdominale en cas de drainage, tout comme l'ouverture à travers les muscles permet sans doute plus certainement de combattre l'issue d'anse hors de la plaie et l'éventration ultérieure.

Dans le cas où des difficultés opératoires sont à craindre (intervention un peu tardive, notion de crises antérieures) si l'on pense faire ou être amené à pratiquer une incision pariétale plus étendue, plutôt qu'une section musculaire un peu longue on pourra préférer l'incision de Jalaguier sur le bord externe du grand droit, incision facile à prolonger au besoin, avec parfois au passage ligature des vaisseaux épigastriques.

Ces deux incisions très peu différentes nous montrent cependant qu'il faut, avant d'ouvrir, se soucier de faire un diagnostic préalable de siège aussi précis que possible. Il faut, quand on le peut, éviter les opérations trop mutilantes, essayer d'aller par le plus court chemin au siège de l'organe.

C'est pourquoi en dehors de cet abord classique, presque constant, on pourra être amené à pratiquer des incisions sensiblement différentes ; c'est quand il s'agira de faire l'opération minima pour les péritonites localisées et abcédées.

Nous avons vu que le souci principal était en cas d'abcès d'évacuer et d'éviter l'ensemencement abdomi-

nal, il est nécessaire pour ce but d'arriver à un diagnostic rigoureux du siège. Quelquefois si l'abcès de la fosse iliaque tente à s'extérioriser on pourra trouver sur la paroi le point fluctuant où se pratiquera nécessairement l'incision.

Quand la décision opératoire a été imposée, dans les péritonites avec plastron de la fosse iliaque droite par phénomènes généraux alarmants, on pourra utiliser une *incision iliaque basse*, située un peu au-dessus de l'arcade de Fallope et dans son tiers externe on aborde ainsi le foyer en dehors du péritoine, dans ce petit espace décollable (dit de Brogos), où se pratique la ligature de l'artère iliaque externe. Le péritoine est effrondré à ce niveau, le drainage s'effectue naturellement, mais il n'est pas sans danger comme nous le verrons dans un instant.

Les abcès postérieurs propres aux appendices rétro-cæco ou latéro-cæco-colique sont beaucoup plus hauts situés, et comme il a été indiqué précédemment leur symptomatologie est lombaire.

Lorsque leurs signes d'abcédation seront dépistés nous les aborderons *par l'incision postérieure sus-iliaque de Lecène*. Cette voie d'abord placée un peu au-dessus de la crête iliaque entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le triangle de J. L. Petit, permet après une dissociation musculaire peu délabrante de tomber sur le sac péritonéal au niveau de la collection suppurée, dans une portion protégée de la grande cavité par des adhérences inflammatoires. Cette voie d'abord s'inspire d'une méthode déjà défendue, celle de ne pas diffuser une infection, en

évitant de passer à travers un péritoine libre pour aborder le foyer.

L'abcès pelvien de l'appendicite se rencontre, soit au cours de la péritonite aiguë généralisée, où il fait partie au premier chef du drainage large de l'abdomen, soit comme abcès résiduel, soit comme abcès primitif, véritable péritonite localisée du Douglas dans les appendicites à situation basse. Son incision ne sera jamais une incision sus-pubienne transpéritonéale en vertu toujours du même principe que nous venons de rappeler à propos des appendicites postérieures.

Il faut l'aborder par voie rectale aussi bien chez l'homme que chez la femme, c'est une opération efficace et facile. Après évacuation vésicale, une dilatation anale avec mise en place d'une valve permet de bien voir où l'on va inciser à l'aide d'un instrument mousse, sur la paroi antérieure du rectum, au point qui bombe.

Ainsi se trouvent exposées les différentes variétés d'incisions dans l'appendicite aiguë. Nous voyons qu'elles se basent avant tout sur un diagnostic clinique bien établi. En dehors d'elles nous avons passé sous silence tout ce qui a trait aux voies d'abord pour les sièges anormaux d'appendicites qui ne peuvent prendre place dans cette étude.

#### **b) L'ablation de l'appendice.**

Ainsi que nous l'avons dit l'ablation de l'appendice est le but essentiel que recherche l'opérateur. Nous avons à envisager deux hypothèses suivant que son ablation

est facile (appendice libre) ou difficile du fait de sa situation ou de ses adhérences.

1<sup>o</sup> ABLATION FACILE. — Dans ce premier cas l'opération se présente presque comme dans la technique de l'appendicite à froid. C'est un appendice facilement libéré de ses adhérences, plus ou moins gros et épaissi, perforé ou non. Il faut l'extérioriser et en faire l'extraction fermée, par une protection aussi efficace que possible, du champ opératoire. Sans vouloir insister sur des temps aussi simples et aussi connus, nous rappellerons cependant combien la ligature du méso-appendice doit être minutieuse, son hémostase parfaite. Il n'est pas rare de trouver des mésos gras qui se déchirent facilement, dont l'hémostase peut être très difficile. Il faut que la vérification ne laisse rien à désirer et dans les cas où un suintement persiste agrandir pour *voir*.

La section de l'appendice se fait après écrasement au niveau de l'insertion cæcale, il faut, sachons-le bien, écraser et lier au ras du cæcum sans laisser surtout de moignons longs qui pourraient nécessiter pour l'avenir une réintervention. On sectionne au thermocautère ou au bistouri, dans le cas d'appendicite aiguë la cautérisation du moignon semble préférable et plus sûre. Quant à l'enfouissement du moignon c'est là une question d'intérêt secondaire, il vaut mieux, à notre avis, si l'état des parois cæcales l'autorise, enfouir l'implantation appendiculaire sous un surjet séro-séreux.

2<sup>o</sup> ABLATION DIFFICILE. — L'ablation de l'appendice n'est pas toujours aussi idéalement simple, dans bien des cas sa recherche est difficile, son extériorisation et son abla-

tion délicates. La difficulté la plus fréquemment rencontrée (surtout chez les sujets jeunes) concerne les appendices rétro-cæcaux et là plutôt que de pratiquer la manœuvre du dégagement au doigt procédé aveugle et parfois dangereux, il est plus simple d'inciser le péritoine pariétal postérieur sur le bord droit du cæco-côlon. On arrive ainsi à soulever le gros intestin, à le basculer en quelque sorte vers la ligne médiane, on trouvera facilement l'appendice souvent très long, toujours très adhérent à la paroi. La difficulté de son extériorisation tient à la vascularisation de cette région, à la contiguité du cæcum et de son méso, c'est dans ces ablations qu'il convient de bien parfaire son hémostase et sa péritonisation sauf si l'on découvrirait sous le cæcum quelque foyer purulent.

Parfois on tombe sur des situations basses, l'appendice plonge plus ou moins long vers le Douglas, toute l'intervention comme le recommande Lecène doit être conduite sous *le contrôle de la vue* par mise en place de valves après un prolongement suffisant de l'incision pariétale.

Enfin dans les formes sous iléo-cæcales et méso-abdominales on pourra trouver autour de l'appendice enflammé une agglomération d'anses intestinales et d'épiploon qui nous inciteront pour leur dégagement, à des manœuvres douces et prudentes.

Il faut éviter dans la mesure du possible la blessure des anses en contact, d'autant que cette libération nécessite presque toujours l'emploi du bistouri. Si des déchirures se sont produites, les tuniques intestinales seront

réparées immédiatement et minutieusement. Il peut être encore nécessaire de pratiquer dans le même temps la section de paquets épiploïques assez gros adhérents dont la conservation ne peut présenter que des inconvénients.

Quoi qu'il en soit au cours de ces manœuvres d'extraction on prendra soin de ne point tirer aveuglément, brutalement.

On doit se passer de sectionner l'appendice dans le ventre par une traction trop forte comme de déchirer son méso.

### c) Le drainage

Quand les conditions de l'intervention et des lésions en cause ont motivé un drainage de la cavité, l'opérateur pourra choisir entre différents procédés que l'on peut ramener à deux types.

Dans un premier groupe nous étudierons le drainage par tubes et par mèches.

Dans le second les grands tamponnements.

1° *Le drainage par tubes*, appelés dans la pratique courante drains, est le plus communément employé, on lui a reproché et de se boucher facilement et d'être dangereux par son contact pour les anses intestinales. Il va sans dire que les mêmes reproches peuvent aussi s'appliquer aux mèches dont l'extraction tardive, sans compter les accidents hémorragiques comportent autant d'inconvénients. Il faut savoir cependant choisir entre ces faits d'ailleurs discutables et l'intérêt que présente le drainage sur la vie du malade. Il est bien évi-

dent également que l'on s'efforcera d'éviter la pose de ces drains et de ces mèches au point où les anses intestinales sembleraient plus friables ou dépéritonisées.

On emploie deux types de drains, (tous deux en caoutchouc) le drain creux, perforé ou non et le drain de Goldmann surtout prôné en Amérique, dont la lumière méchée assurerait, dit-on, un drainage par capillarité.

Quel que soit le type choisi il importe avant tout de savoir drainer.

Dans certains cas le drain s'opposera à la fermeture de la paroi et constituera avant tout une sécurité.

Dans les cas où il s'agit de drainer une cavité péritonéale tout entière, on a pu proposer des incisions multiples avec drainage en chacun de ces points. Il semble bien que l'on puisse arriver aux mêmes résultats par l'incision primitive seule ou l'on s'appliquera, suivant un conseil classique, à drainer la région sous hépatique la portion médiane de l'abdomen, le cul-de-sac de Douglas. A l'heure actuelle on tente de substituer à cette méthode celle des grands tamponnements.

Dans tous les cas où l'on ne voudra pas se résoudre à un drainage systématique important, mais où les lésions sont trop suspectes pour autoriser une fermeture de la paroi, il importe d'assurer l'évacuation de deux points, le foyer appendiculaire lui-même et dans la majeure partie des cas, le Douglas.

Beaucoup d'opérateurs joignent aux drains de caoutchouc, l'emploi de la mèche qui semble moins dangereuse et dont ils se servent pour protéger l'intestin.

Il existe un procédé intéressant que nous avons vu employé dans le service de notre maître M. le Pr Lecène, et qui semble bien diminuer les dangers et du drain et de la mèche. Nous voulons parler de la mèche cellophane qui consiste à inclure une mèche plus ou moins tassée dans un tube de cellophane.

Cette cellophane a le gros avantage de ne point adhérer au contact des tuniques intestinales et d'être facile à enlever quel que soit le jour. Elle supprime en tout cas la période douloureuse de l'ablation des mèches chez les malades.

On peut choisir entre ces différents procédés ; il semble bien toutefois que leurs inconvénients n'aient pas autant de gravité qu'on ait bien voulu le dire ? Nous ferons une réserve cependant pour le voisinage dangereux que présentent les drains vis-à-vis des vaisseaux ; c'est ainsi que dans l'incision iliaque basse que nous avons décrite à propos des abcès de la fosse iliaque droite le contact des drains avec les vaisseaux iliaques externes a pu déclancher quelquefois des hémorragies artérielles excessivement graves.

2° *Les grands tamponnements.* — Le type de ces procédés est représenté par le tamponnement à la Mickulicz. Ainsi que chacun le sait il se compose avant tout d'un simple sac de gaze placé au contact du foyer infectieux, plus au moins bourré de mèches. On peut lui ajouter également un drain en son centre. L'expérience prouve que lorsqu'on veut combattre avec le maximum de succès des péritonites graves, des appendicites à forme toxique, ce vaste tamponnement présente de gros

avantages. Il aspire les liquides de l'abdomen, il constitue une barrière, il s'oppose, semble-t-il, mieux que tout autre à la diffusion de l'infection. Son emploi cependant ne doit pas être systématique, si ses avantages sont grands encore ne faut-il pas en augmenter les indications.

Il est bien évident qu'il vaut mieux se contenter d'un drainage limité lorsque les avantages sont les mêmes, et que l'application du Mickulicz ne doit correspondre qu'à des exceptions. Autrement dit nous ne pouvons concevoir un seul instant qu'il ne puisse exister que deux formules :

La fermeture complète ou le drainage par le Mickulicz.

Si l'on a pu dire à juste raison que son application raisonnée est un bienfait et représente pour le malade le maximum de chances de guérison, ce résultat n'en est pas moins obtenu quelquefois qu'au prix d'inconvénients (sans importance en regard de la vie du malade) tel qu'éventration, fistules stercorales, suppuration longue, cicatrices défectueuses.

Aussi bien le considérerons-nous comme utile mais limité dans ses applications.

#### **d) Paroi.**

La fermeture de la paroi constitue un chapitre capital que beaucoup considèrent à tort comme accessoire.

Opérer une appendicite aiguë c'est dans tous les cas ouvrir un foyer qui, s'il n'est pas manifestement infecté

est capable cependant d'ensemencer les plans traversés par le bistouri pour arriver jusqu'à lui.

Et c'est pourquoi dans la très grande majorité des cas la fermeture pariétale en plusieurs plans semble bien être une grosse erreur chirurgicale. On n'est jamais sûr, quelles que soient les précautions prises, de son asepsie. Il est par conséquent dangereux de laisser peut-être des germes microbiens dans des espaces morts. C'est la raison pour laquelle il est fréquent de rencontrer des suppurations pariétales soit que l'on ait fermé la paroi en totalité soit que les points mis à côté d'un drainage aient été étagés. Il n'existe à notre avis que deux procédés :

*la fermeture en un seul plan ;*

*l'ouverture large et complète de la paroi.*

Cette fermeture en un seul plan doit être pratiquée par des fils non résorbables, bronzes, ou mieux des crins de Florence. Elle peut être obtenue par le procédé courant d'une aiguille perforant successivement tous les plans d'une lèvre de l'incision puis ceux en regard ou mieux encore par le procédé auquel s'est rallié M. Lecène, la fermeture par crins en 8. Cette technique consiste à croiser les deux chefs de telle sorte que le crin perforant le péritoine d'un côté sort par la lèvre du côté opposé, on arrive ainsi à rendre la paroi très solide et à réunir les plans aux autres d'une façon très hermétique.

Cette fermeture constitue donc une sécurité chaque fois que l'on sera amené à pratiquer une intervention

d'appendicite aiguë. A plus forte raison est-elle applicable quand les circonstances imposeront un drainage de la paroi, il apparaît logique en ce cas de fermer la partie qui reste en un seul plan. Certains opérateurs drainent uniquement la paroi et referment les plans profonds, ceci dans le but d'éviter une suppuration pariétale lorsque les temps opératoires ont été aseptiques. Et de fait les suppurations locales après les interventions d'urgence sont relativement fréquentes. Elles ne constituent d'ailleurs qu'une complication sans danger.

Dans tous les autres cas si les lésions rencontrées apparaissent graves il faut de toute évidence laisser tout ouvert largement. C'est la méthode employée chaque fois que l'on intervient dans un abcès ou dans les formes de péritonites gangreneuses.

---

## CHAPITRE III

---

### DISCUSSION

---

#### A. — Les résultats dans la pratique

Les résultats d'opération d'appendicites aiguës tiennent donc d'abord et avant tout à la toxicité propre de formes rencontrées, mais il est évident que les méthodes de drainage et la fermeture pariétale pourront bien souvent améliorer les suites opératoires.

Ce qu'il faut craindre en premier lieu dans les appendicites drainées, c'est par une ablation prématurée du drainage ou par une mise en place défectueuse du drain ou de la mèche, la constitution de foyers dits résiduels, qu'on se voit dans l'obligation d'ouvrir secondairement. Ces complications post-opératoires sont toutes au détriment du malade, il convient dans la mesure du possible de les éviter. Presque toujours, il s'agit de collections suppurées du Douglas ou quelquefois même de rétentions purulentes dans la loge sous-hépatique.

Une autre complication assez fréquemment observée

est la fistule intestinale. Là encore la façon de drainer a une grosse importance. Le drain semble être l'agent principal de ces fistules surtout lorsque l'opérateur ne prend pas garde en le plaçant d'éviter les tuniques intestinales au point où elles sont dépéritonisées. Il est à remarquer toutefois que ces fistules peuvent se produire spontanément et qu'en ce cas il faut rendre responsables les lésions mêmes produites par l'infection appendiculaire. La plupart du temps il s'agit de fistules cæcales, plus rarement de fistules iléales. Elles ont d'ailleurs une tendance spontanée à la fermeture. Dans le cas où celle-ci ne se produirait pas il faudrait dans un temps ultérieur réintervenir.

Il n'est pas rare non plus que les grandes incisions opératoires après drainage laissent après elles une faiblesse de la paroi qui favorise les éventrations. Celle-ci est bien difficile à éviter surtout lorsqu'on a eu à appliquer un Mikulicz. Mais dans l'esprit du chirurgien cet inconvénient ultérieur ne compte pas en regard de la gravité contre laquelle il lutte. Nous avons vu déjà que les incisions très externes proches de la crête iliaque semblent être celles qui résistent le mieux à la poussée abdominale.

En dehors de ces complications à vrai dire les plus fréquentes nous rappellerons brièvement la possibilité d'hémorragies provoquées soit par le contact prolongé d'un drain sur un vaisseau (artère iliaque externe dans l'incision iliaque basse) soit par une hémostase insuffisante ou mal placée du méso-appendice. Ces hémorragies secondaires sont graves, elles peuvent même être

une cause de mort et le chirurgien doit toujours s'inquiéter avant de refermer que rien ne saigne plus.

Toutes ces complications post opératoires (sauf l'hémorragie) n'ont d'inconvénients que pour un avenir assez éloigné ; par contre nous allons maintenant passer en revue des causes beaucoup plus redoutables, susceptibles d'entraîner la mort.

### B. — Les morts et les causes de mort

La mort dans l'appendicite aiguë tient à plusieurs raisons, en pratique nous en voyons deux, la première contre laquelle la lutte entreprise par le chirurgien est bien souvent inégale tient à la toxicité de l'infection appendiculaire. Celle-ci peut se présenter, dans les formes gangreneuses comme d'une gravité extrême dans des délais excessivement courts, il s'agit de formes toxiques analogues dans leur tableau clinique à la gangrène des membres. L'organisme tout entier est envahi et malgré la précocité d'une intervention un drainage bien établi, la sérothérapie, l'issue en est le plus souvent fatale.

La seconde de ces causes, à vrai dire celle que l'on rencontre le plus fréquemment, est le temps apporté à l'intervention. Trop souvent (et ce n'est pas toujours de la faute des familles) on intervient alors que les lésions ont largement diffusé à un moment où l'organisme ne peut plus faire les frais d'une opération et d'une suppuration. C'est pourquoi la temporisation et l'expectative sont tellement dangereuses comme l'est également l'intervention à tout prix dans les formes enkystées. Autre-

ment dit le temps écoulé a pour résultat dans la majorité des cas de favoriser l'installation d'une péritonite généralisée, et à ce moment en dehors des lésions locales sur le cæcum, l'appendice et les anses avoisinantes, il faut tenir compte, et d'une intoxication hépatique grave et d'une paralysie intestinale.

Les complications hépatiques de l'appendicite sont donc celles qu'on les rencontre chaque fois qu'il existe une infection grave de l'organisme. Mais il semble bien que la cellule hépatique soit touchée précocement dans les formes sérieuses d'appendicites aiguës.

Il existe également des suppurations hépatiques sous forme de gros abcès ou de multiples petits foyers purulents qui se rencontrent à l'autopsie de malades ayant succombé assez précocement au cours d'une péritonite aiguë généralisée. Dans d'autres circonstances ces suppurations hépatiques sont la conséquence directe de l'infection propagée de bas en haut dans les appendicites rétro-cæcales. Celles-ci diffusent dans l'atmosphère cellulaire rétro-péritonéale et en dehors des complications hépatiques peuvent provoquer aussi bien des suppurations péri-néphrétiques, abcès sous-phréniques, voire même des pleurésies purulentes.

La paralysie intestinale rencontrée au cours de l'appendicite aiguë n'est au début qu'une complication banale de l'irritation péritonéale. Mais lorsqu'on tarde trop à attendre, à l'infection généralisé du péritoine s'ajoute une complication très redoutable et très fâcheuse dans son pronostic, l'occlusion intestinale. On peut dire que celle-ci augmente les chances de mort

dans une très grosse proportion. Quelquefois elle survient comme complication tardive d'appendicites opérées, et une simple entérostomie ne suffit malheureusement pas toujours à arrêter une évolution fatale.

Enfin ces conditions que l'on cherche à éviter en intervenant précocement (nous voulons parler de la diffusion des lésions) peuvent naître de l'intervention elle-même. Il s'agit alors d'interventions pratiquées sur des péritonites localisées d'une façon intempestive, soit de recherches dangereuses et inutiles de l'appendice dans les collections suppurées. Nous avons déjà vu à ce propos combien il était prudent de s'abstenir de toute tentative brutale quand l'appendice ne s'offre pas spontanément aux recherches de l'opérateur.

Nous arrivons donc ainsi à cette conclusion que l'amélioration des résultats dans l'appendicite aiguë est possible. *Elle est possible à condition que l'on veuille bien opérer tôt ; faire un diagnostic préalable de siège aussi précis que possible, conduire sa technique opératoire d'une façon raisonnée, et employer des méthodes radicales de drainage.*

Nous allons publier maintenant dans un tableau résumé 220 observations environ d'appendicites aiguës opérées dans le service de M. le Professeur Lecène, au cours des années 1920 à juillet 1927.

Nous les avons groupées en quatre chapitres. Dans le premier nous rangeons toutes les appendicites aiguës banales non gangréneuses, sans perforation.

Le deuxième réunit toutes les péritonites aiguës par perforation.

Dans le troisième nous rangeons les formes gangreneuses.

Dans le quatrième nous groupons les abcès appendiculaires.

Ces 220 cas représentent les urgences faites dans le service de M. Lecène par lui-même, par ses assistants, le plus grand nombre par ses internes. Elles nous permettront d'apporter quelques confirmations aux idées que nous venons d'exposer.

---

| PRÉNOM, AGE, DATE                                        | HEURE OU JOUR DE LA CRISE                     | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                              | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                           | RÉSULTATS                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. F. H..., 29 ans 12...                                 | 4 <sup>e</sup> crise<br>11 <sup>e</sup> heure | Muqueuse très altérée en un point seulement où la paroi était presque perforée                                                              | Appendicectomie. Mac Burney. Suture sans drainage.                                 | Guérison.                                                                                                                              |
| 2. Félix M..., 33 ans<br>7 mars 1920                     | 17 <sup>e</sup> heure                         | Appendicite enflammée et adhérente à la base. Sérosité louche dans le bas ventre                                                            | Dissociation musculaire. Pas de drainage                                           | Guérison.                                                                                                                              |
| 3. Germaine L..., 20 ans<br>23 mars 1920                 | 2 <sup>e</sup> crise<br>17 <sup>e</sup> heure | Appendice rétro-cæcal.                                                                                                                      | Incision de Mac-Burney. Enfoncement. Suture sans drainage.                         | Guérison.                                                                                                                              |
| 4. Louise T..., 20 ans<br>27 septembre 1920              | 3 <sup>e</sup> crise<br>3 heures après        | Ablation Enfoncement Fermeture. Paroi sans drainage.                                                                                        | Appendice long 12 cent rouge congestionné, vieilles adhérences péricæcales.        | Guérison.                                                                                                                              |
| 5. Henri G..., 33 ans<br>11 octobre 1920,                |                                               | Appendicectomie                                                                                                                             | Appendice enflammé.                                                                | 11 mai 1923 Tumeur inflammatoire de la paroi. Incision. Ouverture d'une collection fongueuse avec un corps étranger. Calcul stercoral. |
| 6. Lucette R..., 27 ans<br>3 octobre 1920                | 12 <sup>e</sup> heure<br>3 <sup>e</sup> crise | Incision de Mac Burney. Appendicectomie. Enfoncement Fermeture sans drainage.                                                               | Appendice rouge, libre, contenant un gros calcul stercoral au niveau de la pointe. | Guérison.                                                                                                                              |
| 7. Marcel L..., 18 ans<br>24 mai 1921.                   | 13 <sup>e</sup> jour                          | Appendicectomie.<br>Drainage                                                                                                                |                                                                                    | Guérison.                                                                                                                              |
| 8. Louis K..., 49 ans<br>4 juillet 1921.                 | 14 <sup>e</sup> jour<br>3 <sup>e</sup> crise  | Incision iliaque droite. Ablation de l'appendice qui est pelvien le long de la coulée latéro-rectale. Péritonisation. Suture sans drainage. | Appendice iléo-adhérent.                                                           | Guérison.                                                                                                                              |
| 9. Gaston V..., 33 ans<br>26 juillet 1921                | 24 heures                                     | Appendicectomie                                                                                                                             |                                                                                    | Guérison.                                                                                                                              |
| 10. Melchior R..., 32 ans<br>16 sept. 1921, 4 oct. 1921. | 6 semaines                                    | Incision iliaque droite.                                                                                                                    | Appendice sous-caveal très adhérent. Petite poche cellophane.                      | Le 9 octobre abcès pelvien. Incision par voie rectale. Drain. Sorti guéri.                                                             |

| PRÉNOM, AGE, DATE                                   | HEURE OU JOUR DE LA CRISE                                        | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                       | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                       | RÉSULTATS                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. Emile G..., 26 ans .....<br>6 janvier 1922.     | 36 <sup>e</sup> heure                                            | Rachi-anesthésié. Incision iliaque droite. Appendicectomie. Fermeture sans drainage péritonéal, avec drainage filiforme sous-cutané. | Pus libre entre les anses grêles de l'épiploon. Appendice libre et turgescant de teinte sale.                                  | 19 janvier 1922 : la température qui était redevenue normale remonte à 39°. Signes de collection de Douglas au toucher rectal avec rectite glaireuse. Le 21 janvier, évacuation d'un abcès du volume d'une grosse orange par le rectum. |
| 12. Elise L..., 28 ans .....<br>25 mars 1922.       | 4 <sup>e</sup> jour                                              | Appendicectomie par voie lombolilaque Miché.                                                                                         | Appendicite rétro-cæcale.                                                                                                      | Sortie guérie le 21 mai 1922.                                                                                                                                                                                                           |
| 13. Léon M..., 18 ans .....<br>12 juillet 1922      | 8 <sup>e</sup> jour                                              | Incision de Mac Burney. Appendicectomie. Parois en 3 plans                                                                           | Appendice libre, mais très enflammé.                                                                                           | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 14. André P..., 21 ans .....<br>17 juillet 1922.    | 24 heures                                                        | Incision de Mac Burney. Appendicectomie. Paroi en 3 plans.                                                                           | Liquide de la grande cavité. Cæcum collé mais appendice libre légèrement congestionné                                          | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 15. Juliette M..., 35 ans ....<br>17 juillet 1922.  | 48 heures                                                        | Appendicectomie. Petite incision péelvienne. Suture paroi en 2 plans.                                                                | Appendice épaissi et très enflammé avec adhérences multiples à l'épiploon. Dans le péritoine liquide séro-purulent sans odeur. | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 16. Louise F..., 17 ans .....<br>14 décembre 1922.  | 9 <sup>e</sup> jour                                              | Mac Burney. Appendicectomie. Enfoncement. Paroi 1 plan sans drainage.                                                                | Bouillon sale dans le ventre. Appendice rouge. Cæcum rouge. Fausse membrane sur le cæcum.                                      | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 16 bis. Henri B ..., 37 ans...<br>23 décembre 1922. | 24 <sup>e</sup> jour                                             | Appendicectomie.                                                                                                                     | Péritonite localisée.                                                                                                          | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 17. Jules C..., 27 ans. ....<br>11 février 1923     | 36 heures                                                        | Ablation de l'appendice. Un drain dans le Douglas. Fermeture très partielle de la paroi par deux crins en 8.                         | Liquide purulent abondant dans le péritoine. Appendice gangreneux.                                                             | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |
| 18. Adrien C..., 32 ans .....<br>14 février 1923.   | 5 <sup>e</sup> jour<br>4 <sup>e</sup> crise en<br>septembre 1922 | Appendicectomie. 1 cellophane.                                                                                                       | Appendice très adhérent à la face profonde du cæcum et                                                                         | Guérison.                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                       |                                                                                          |                                                                                                          |                                                                                         |                                                                                                                        |                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20. Marius F. .... 27 ans .....<br>3 mai 1923.        | 8 <sup>e</sup> jour<br>3 <sup>e</sup> crise                                              | Appendicectomie. Suture à 3 plans de la perte de substance, colique. Paroi en 1 plan aux fils de bronze. | Appendicectomie avec mèche cellophane.                                                  | Appendicite rétrocaecale avec adhérences solides au niveau de la paroi postérieure du colon ascendant fistule caecale. | 8 octobre 1923 : Fistule pyostercorale d'origine caecale. Résection iléo caecale avec anastomose. 2 mèches cellophane. Guérison. |
| 21. Louis L. .... 15 ans 1/2 .....<br>3 juillet 1923. | Appendicite aiguë datant de 3 jours 1/2 chez un enfant purgé Toulcher rectal douloureux. |                                                                                                          |                                                                                         | Appendice en voie de perforation.                                                                                      | 6 décembre 1923 : petite évération très bon état général. Cure opératoire le 14 décembre. Réfection de la paroi aux crins.       |
| 22. Alex. B. .... 25 ans .....<br>25 septembre 1923   | 10 <sup>e</sup> jour                                                                     | Ablation de l'appendice par incision iliaque. Mèche.                                                     | Appendicectomie avec mèche cellophane.                                                  | Appendicite et petit abcès iliaque.                                                                                    | Guérison.                                                                                                                        |
| 23. Honoré B. .... 23 ans .....<br>12 novembre 1923.  | 60 <sup>e</sup> heure                                                                    | Appendicectomie. Réunion sans drainage                                                                   | Appendicectomie. Réunion sans drainage                                                  | Appendice enroulé de l'épiploon qui lui adhère. Appendice volumineux nettement infecté                                 | Guérison.                                                                                                                        |
| 24. Emile G. .... 15 ans .....<br>3 janvier 1924.     | 7 heures                                                                                 | Appendicectomie avec enfouissement. Pas de suture de la peau.                                            | Appendicectomie                                                                         | Appendice libre pelvien rouge et tuméscant, un peu de pus dans le ventre.                                              | Guérison sans incidents.                                                                                                         |
| 25. Marie B. .... 15 ans 1/2 .....<br>18 février 24.  | 36 heures                                                                                | Appendicectomie                                                                                          | Appendicectomie                                                                         | Appendice courbé rempli de calculs                                                                                     | Guérison sans incidents.                                                                                                         |
| 26. Maurice B. .... 16 ans .....<br>18 février 1924.  | 40 <sup>e</sup> heure                                                                    | Appendicectomie. Un petit drain sous-cutané.                                                             | Appendicectomie. Un petit drain sous-cutané.                                            | Sérosité dans le ventre. Appendice très gros adhérent.                                                                 | Guérison                                                                                                                         |
| 27. Léon L. .... 13 ans 1/2 .....<br>25 février 1924. | 3 <sup>e</sup> heure                                                                     | Appendicectomie sans drainage.                                                                           | Appendicectomie sans drainage.                                                          | Lesion de péritonite très au début liquide trouble dans le péritoine.                                                  | Guérison                                                                                                                         |
| 28. Samuel L. .... 33 ans .....<br>26 février 1924.   | 36 à 40 heures                                                                           | Appendicectomie. Pas de drainage. Paroi en 4 plan. Crins en 8.                                           | Appendicectomie. Pas de drainage. Paroi en 4 plan. Crins en 8.                          | Appendice très malade, Péritonite séro-purulente libre.                                                                | Sorti guéri.                                                                                                                     |
| 29. Jean S. .... 22 ans .....<br>12 mai 1924.         | 48 heures                                                                                | Mac Burney. Ablation de l'appendice. Une petite cellophane.                                              | Mac Burney. Ablation de l'appendice. Une petite cellophane.                             | Gros appendice plein de pus adhérent. Pas de pus dans le péritoine, Caecum fixe.                                       | Sorti guéri le 17 mai.                                                                                                           |
| 30. V. D. .... 23 ans .....<br>13 août 1924.          | 2 <sup>e</sup> crise datant de 4 jours.                                                  | Mac Burney. Thermo enfouissement Cellophane Réunion de la paroi sans suture de la peau.                  | Mac Burney. Thermo enfouissement Cellophane Réunion de la paroi sans suture de la peau. | Gros appendice plein de pus, peu adhérent.                                                                             | Guérison                                                                                                                         |

| PRÉNOM, AGE, AGE                                  | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                    | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                                            | RÉSULTATS                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 31. Georgette C..., 19 ans...<br>22 août 1924.    | 15 jours                  | Appendicectomie. 1 petite mèche retirée le lendemain.                             | Appendice très adhérent, gros et rouge.                                                                                                             | Guérison                      |
| 32. André D..., 17 ans...<br>26 août 1924.        | 24 heures                 | Thermo enfouissement. Suture de la paroi aux crins.                               | Appendice adhérent, très rouge et très gros.                                                                                                        |                               |
| 33. Raymond S..., 15 ans 1/2<br>2 septembre 1924. | 24 heures                 | Appendicectomie. Fermeture de la paroi au catgut. Crins sur la peau.              | Liquide trouble dans la région caecale, appendice très gros, rouge, adhérent par sa pointe.                                                         | Guérison.                     |
| 34. Marie L..., 41 ans...<br>21 septembre 1924.   | 16 heures                 | Appendicectomie. Crins en 8.                                                      |                                                                                                                                                     | Guérison.                     |
| 35. Robert F..., 24 ans...<br>23 octobre 1924.    | 10 jours                  | Mac Burney. Appendicectomie. Fermeture de la paroi avec crins en 8. 1 cellophane. | Appendice rétrocaecal.                                                                                                                              | Guérison.                     |
| 36. Denise C..., 21 ans...<br>2 novembre 1925.    | 24 heures                 | Appendicectomie.                                                                  | Appendice rétro-caecal adhérent.                                                                                                                    | Guérison.                     |
| 37. Louise L. C..., 27 ans...<br>24 avril 1925.   | 5 jours                   | Appendicectomie. Résection de l'épiploon.                                         | Appendice rouge. Epiploite.                                                                                                                         | Sorti le 6 mai                |
| 38. Louise C..., 31 mai 1925.                     | 24 heures                 | Appendicectomie. Cellophane. Crins en 8                                           | Appendice court et rétro-caecal                                                                                                                     | Sortie guérie le 12 juin 1925 |
| 39. Charles F..., 46 ans...<br>18 juin 1925.      | 24 heures                 | Appendicectomie. Entouissement, pas de drainage                                   | Caecum énorme, très mince. Appendice complètement adhérence et rétro-caecal.                                                                        | Sorti guéri le 2 juillet.     |
| 40. Saïd S..., 25 ans...<br>24 juillet 1925.      | Dizaine de jours          | Appendicectomie. 2 plans catgut agrafes.                                          | Appendice congestionné.                                                                                                                             | Sorti le 3 août 1925          |
| 41. Lucien D..., 45 ans...<br>28 juillet 1925.    | 8 jours                   | Appendicectomie. Entouissement. Cellophane                                        | Appendice rétro-caecal, adhérent à la face postérieure du caecum. Appendice présente une plaque de sphacèle à sa partie moyenne et contient du pus. | Sorti le 19 août 1925         |
| 42. Edouard J..., 21 ans...                       | 7 jours                   | Appendicectomie, entouissement.                                                   | Appendice très long, épais.                                                                                                                         |                               |

|                                                              |                                 |                                                                                                      |                                                                                |                                                           |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 14. Anna G. . . . . 38 ans. . . . .<br>4 septembre 1925.     | 3 jours<br>3 <sup>e</sup> crise | Appendicectomie. Enfouissement                                                                       | Appendice très malade.                                                         | Sortie le 15 septembre.                                   |
| 45. René S. . . . . 29 ans. . . . .<br>11 septembre 1925.    | 3 <sup>e</sup> jour             | Appendicectomie.                                                                                     | Appendice très gros.                                                           | Sorti le 21 septembre 1925.                               |
| 46. Claudia M. . . . . 31 ans. . . . .<br>14 septembre 1925. | 48 heures                       | Appendicectomie. Enfouissement.                                                                      | Appendice nettement malade.                                                    | Guerison.                                                 |
| 47. Vincent B. . . . . 18 ans. . . . .<br>5 octobre 1925.    | 5 heures                        | Appendicectomie Paroi en un plan aux crins. pas de drainage.                                         | Appendice turgesc. Pas de liquide dans le péritoine.                           | Sorti le 15 octobre 1925                                  |
| 48. Henri N. . . . . 22 ans. . . . .<br>12 octobre 1925      | 6 jours                         | Incision iliaque droite Appendicectomie. Petite mèche cellophane Paroi en un plan avec 3 crins en 8. | Appendice très enflammé encoré et placé sous l'angle iléo-cæcal très adhérent. | Sorti guéri le 22 mai 1926.                               |
| 49. Mathilde M. . . . . 21 ans .<br>16 octobre 1925.         | 12 heures                       | Ether. Appendicectomie. Fermeture en un plan, crins en 8.                                            | Appendice long, rouge, plein de pus.                                           | Sortie guérie le 26 octobre 1925.                         |
| 50. J. T. . . . . 39 ans. . . . .<br>22 octobre 1925.        | 14 heures                       | Appendicectomie Fermeture sans drainage.                                                             | Appendice rétro-cæcal très gros. Un peu de liquide séreux dans le péritoine    | Sortie le 8 novembre 1925                                 |
| 51. B. D. . . . . 20 ans. . . . .<br>24 novembre 1925.       | 24 <sup>e</sup> heure           | Incision s. iliaque, appendicectomie. Réunion complète.                                              | Réaction péritonéale légère.                                                   | Sortie le 9 décembre 1925.                                |
| 52. Alexandre M. . . . . 16 ans<br>14 décembre 1925          | 18 heures                       | Mac Burney. Paroi en 1 plan.                                                                         | Appendicite folliculaire, sans réaction péritonéale.                           | Sorti le 24 décembre 1925.                                |
| 53. Yve L. . . . . 33 ans. . . . .<br>26 octobre 1925.       | 40 jours                        | Appendicectomie.                                                                                     | Appendice enflammé, mésentérique infiltré.                                     | Sortie le 6 novembre 1925.                                |
| 54. Jean B. . . . . 23 ans. . . . .<br>3 janvier 1926        | 7 jours                         | Mac Burney Mésos lié en 3 fois                                                                       | Appendice latéro-cæcal gauche rétro-iléal.                                     | Sorti le 12 janvier 1926.                                 |
| 55. Andrée L. . . . . 21 ans. . . . .<br>13 janvier 1926.    | 16 jours                        | Chloro. Appendicectomie                                                                              | Appendice encore enflammé                                                      | Sortie le 21 janvier 1926.<br>Suites opératoires normales |
| 56. M. S. . . . . 33 ans. . . . .<br>17 janvier 1926.        | 16 heures                       | Ether. Appendicectomie Réunion sans drainage.                                                        | Appendice très enflammé.                                                       | Sortie le 4 février 1926.                                 |
| 57. Laure D. . . . . 29 ans. . . . .<br>17 janvier 1926.     | 24 heures                       | Appendicectomie. Enfouissement. Fermeture du péritoine.                                              | Sérosité louche.                                                               | Sortie le 7 février 1926                                  |

| PRÉNOM. AGE. DATE                                             | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                                                              | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                              | RÉSULTATS                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 38. Marcel C. . . 28 ans. . . . .<br>2 avril 1926.            | 48 heures                 | Appendicectomie, crins en 8                                                                                                 | Appendice gros, rouge, plein de pus. Un peu de liquide louche.                                        | Sorti le 12 avril 1926.                                                      |
| 39. F. L. . . . 23 ans. . . . .<br>4 avril 1926.              | 10 <sup>h</sup> heures    | Appendicectomie. Thermo-enfouissement.                                                                                      |                                                                                                       | Sortie le 21 avril 1926.                                                     |
| 60. Marius G. . . , 31 ans. . . . .<br>15 avril 1926.         | 24 heures                 | Rachi Appendicectomie Pas de drainage.                                                                                      | Appendice gros, adhérent à la fosse iliaque, recouvert de fausses membranes. Un peu de liquide rouge. | Sorti le 27 avril 1926                                                       |
| 61. Edouard D. . . , 66 ans. . . . .<br>19 avril 1926         | 19 jours                  | Chloro. Incision médiane épigastrique, pas de lésion ni de l'estomac ni du duodénum ni de la vésicule mais appendicectomie. | Appendice rétro-iléo-cæcal avec adhérences récentes inflammatoires.                                   | Décès le 12 avril 1926.<br>Congestion pulmonaire.                            |
| 62. Eugène H. . . . 15 ans. . . . .<br>7 juin 1926.           | 21 jours                  | Thermo enfouissement.                                                                                                       | Appendice gros court, adhérences.                                                                     | Sorti le 15 juin 1926                                                        |
| 63. Henri P. . . , 15 ans. . . . .<br>9 juin 1926.            | 10 jours                  | Ligature du méso et de l'appendice à la base. Thermo-enfouissement                                                          | Appendice rouge et gros sans adhérences                                                               | Sorti guéri le 25 juin 1926.                                                 |
| 64. Salomon W. . . , 35 ans. . . . .<br>10 août 1926.         | 10 <sup>e</sup> heure     | Appendicectomie. Thermo enfouissement. Fermeture sans drainage.                                                             | Fausse membrane Un peu de liquide louche dans le péritoine.                                           | Sorti le 19 août 1926.                                                       |
| 65. G. M. . . , 28 ans. . . . .<br>4 septembre 1926.          | 15 jours                  | Appendice enlevé [on 2 morceaux et détaché à la base. Sujet au catgut. Cellophane.                                          | Appendice sectionné.                                                                                  | Sortie le 20 septembre 1926.                                                 |
| 66. L. D. . . , 35 ans. . . . .<br>4 septembre 1926           | 15 jours                  | Ether. Appendicectomie.                                                                                                     | Appendice libre.                                                                                      | Sorti le 12 septembre.                                                       |
| 67. Adolphe S. . . , 24 ans. . . . .<br>5 septembre 1926.     | 6 heures                  | Mac Burney. Appendicectomie. Fermeture de la paroi, sans drainage.                                                          | Appendice énorme a meso gros et congestionné.                                                         | Sorti le 23 septembre.                                                       |
| 68. Alexandrine J. . . , 25 ans. . . . .<br>9 septembre 1926. | 15 jours                  | Appendicectomie.                                                                                                            |                                                                                                       | Abcès pariétal ouvert le 7 <sup>e</sup> jour. Guéri le 10 <sup>e</sup> jour. |

|                                                    |                       |                                                                                                                                         |                                                                                                            |                                                                                        |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 70. Louis R..., 28 ans ....<br>9 novembre 1926.    | 48 heures             | Appendicéctomie. Mac Burney. Crins en 8.                                                                                                | Un peu de liquide séro purulent dans le péritoine. Appendice sphacélé, fausses membranes à son extrémité.  | Sorti le 28 novembre 1926.                                                             |
| 71. Charles D..., 25 ans ....<br>13 novembre 1926. | 3 semaines            | Enfouissement.                                                                                                                          | Appendice rétro caecal, adhérent                                                                           | Sorti le 20 novembre 1926.                                                             |
| 72. Pierre N..., 22 ans ....<br>15 novembre 1926.  | 48 <sup>e</sup> heure | Incision de Mac Burney. Enfouissement (rins en 8)                                                                                       | Un peu de sérosité à l'ouverture du péritoine. Appendice plongeant vers le bassin sphacélé à son extrémité | Sorti le 24 novembre 1926.                                                             |
| 73. Marcel C..., .....<br>18 novembre 1926.        | 20 heures             | Appendicéctomie. Thermoferrure en un plan Cellophane.                                                                                   | Appendice court et turgescents, sous caecal.                                                               | Sorti guéri le 27 novembre 1926.                                                       |
| 74. Henriette P..., 23 ans.<br>3 décembre 1926.    | 5 jours               | Appendicéctomie. Crins en 8.                                                                                                            | Appendice gros et présentant une plaque de sphacèle en son milieu.                                         | Sortie le 24 décembre 1926.                                                            |
| 75. Hennebert T..., 48 ans.<br>13 décembre 1926.   | 24 <sup>e</sup> heure | Appendicéctomie. Mac Burney. Mais l'appendice doit être sculpté dans la paroi du cœcum où il est enfoncé sous de nombreuses adhérences. | A l'ouverture pas de pus mais gros épaississement.                                                         | Sorti le 23 décembre 1926.                                                             |
| 76. H. M..., 48 ans. ....<br>15 décembre 1926.     | 3 semaines            | Ether. Mac Burney. Appendicéctomie.                                                                                                     | Appendice nettement malade, coulé à son milieu par adhérences denses.                                      | Suites : Hyperthermie dès le lendemain malgré traitement énergique. Mort.              |
| 77. Mohand I..., 37 ans ....<br>16 décembre 1926.  | 6 heures              | Appendicéctomie. Crins en 8                                                                                                             | Appendice très enflammé                                                                                    | Sorti guéri le 27 décembre 1926.                                                       |
| 78. Thérèse C..., 21 ans<br>17 décembre 1926.      | 15 jours              | An sthésie locale. Appendicéctomie.                                                                                                     | Appendice malade.                                                                                          | Sortie le 27 décembre 1926.                                                            |
| 79. André M..., 48 ans ....<br>27 décembre 1926.   |                       | Appendicéctomie. Meche.                                                                                                                 | Appendice suppuré.                                                                                         | Le 31 décembre vomissements nécessitant un lavage d'estomac. Sorti le 41 janvier 1927. |
| 80. Maurice M..., .....<br>31 décembre 1926.       | 36 heures             | Appendicéctomie. Suture en un seul plan.                                                                                                | Lésions périappendiculaires, aiguës limitées.                                                              | Sorti guéri le 9 janvier 1927.                                                         |

| PRÉNOM, AGE, DATE                                  | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                       | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                          | RÉSULTATS                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 81. Léonic D..., 27 ans, ...<br>3 janvier 1927.    | 3 semaines                | Appendicectomie. Enfouissement.                                                      | Appendice encore malade et adhérent.                                                                                              | Sortie le 14 janvier 1927.       |
| 82. Marcel T..., 30 ans, ...<br>6 janvier 1927.    |                           | Appendicectomie.                                                                     | Appendice très volumineux, adhérent (rétrécissement).                                                                             | Sorti le 14 janvier 1927.        |
| 83. Jeanne G..., 45 ans, ...<br>30 janvier 1927.   | 12 heures                 | Mac Burney. Appendicectomie. Fermeture en 3 plans.                                   | Appendice rouge vascularisé, gros comme le pouce, fausse membrane à l'extrémité, pas de liquide dans l'abdomen.                   | Sortie guérie le 9 février 1927. |
| 84. Germaine R..., 18 ans, ...<br>24 février 1927. | 10 jours                  | Appendicectomie.                                                                     | Appendice turgide et plein de pus.                                                                                                | Sortie le 4 mars 1927.           |
| 85. Henri B..., 17 ans, ...<br>7 mars 1927.        | 8 <sup>e</sup> heure      | Mac Burney. Appendicectomie sans enfouissement. Paroi en 3 plans.                    | Appendice gros, turgescence.                                                                                                      | Sorti le 16 mars 1927.           |
| 86. Eugénie P..., 37 ans, ...<br>23 mars 1927.     |                           | Mac Burney. Pas d'enfouissement. 3 plans.                                            | Appendice adhérent nettement enflammé.                                                                                            | Sortie le 30 mars 1927.          |
| 87. Alexandre H..., 44 ans, ...<br>21 mars 1927.   | 12 <sup>e</sup> heure     | Incision sur le bord ext. du grand droit. Appendicectomie. Cellophane.               | Liquide séro-purulent rétro-péritonéal. Appendice rétro-calcé.                                                                    | Sortie le 2 avril 1927.          |
| 88. Etienne P..., 20 ans, ...<br>28 mars 1927.     | 18 heures                 | Mac Burney. Ablation. Thermo-colonisation. Drainage. Paroi en 3 plans.               | Appendice long, vascularisé, non adhérent, gros.                                                                                  | Sorti le 9 avril 1927.           |
| 89. André D..., 29 ans, ...<br>31 mars 1927.       |                           | Mac Burney. Enfouissement. 3 plans. Agrafes.                                         | Liquide dans la grande cavité péritonéale.                                                                                        | Sorti le 14 avril 1927.          |
| 90. Marcel C..., 18 ans, ...<br>4 avril 1927.      | 48 <sup>e</sup> heure     | Mac Burney. Section au thermocautère. Pas d'enfouissement. Cellophane. 2 crins en 8. | Liquide séro-purulent dans la grande cavité. Abcès iléo-cæco-appendiculaire, fausses membranes. Appendice en voie de perforation. | Sorti le 28 avril 1927.          |
| 91. Madeleine V..., 18 ans, ...<br>4 avril 1927.   | 12 heures                 | Mac Burney. Appendicectomie. Pas d'enfouissement. 3 plans, crins sur la peau.        | Appendice libre enflammé.                                                                                                         | Sortie le 19 avril 1927.         |

|                                                            |                                                        |                                                                                       |                                                                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 92. G..., 57 ans.<br>13 avril 1927.                        | 15 jours                                               | Laparotomie. Appendicectomie. Mikoukietz pelvien et iliaque gauche. Paroi en un plan. | Adhérences épiloïques et intestinales au fond du pelvis. Appendicite avec abcès médio-abdominal. | Etat subfébrile jusqu'au 10 mai 1927 D° 38. Sorti le 14 mai 1927. |
| 93. William H..., 46 ans 1/2<br>26 avril 1927.             | 24 heures                                              | Mac Burney. Pas d'enfouissement. 2 crins en 8.                                        | Appendice gros, turgescents avec plaque de sphacèle à l'extrémité                                | Sorti le 9 mai 1927.                                              |
| 94. Pierre M..., 45 ans<br>12 mai 1927.                    |                                                        | Mac Burney. Pas d'enfouissement. 2 crins en 8 Cellophane                              | Gros appendice long, avec petite collection séro-purulente sous le caecum.                       | Sorti le 24 mai 1927.                                             |
| 95. Paul L..., 33 ans.<br>6 juin 1927.                     | 3 <sup>e</sup> jour                                    | Appendicectomie; pas de drainage.                                                     | Appendice gangreneux sur la muqueuse.                                                            | Sorti le 20 juin 1927.                                            |
| 96. Louis C..., 40 ans<br>20 juin 1927.                    | 3 <sup>e</sup> heure                                   | Appendicectomie. Enfouissement. Cellophane. Un crin en 8.                             | A l'ouverture du péritoine liquide séro-purulent. Appendice rétro-caecal                         | Sorti le 4 juillet 1927.                                          |
| 97. Renée B..., 21 ans.<br>23 juin 1927.                   | 5 jours                                                | Appendicectomie.                                                                      | Appendice gros plein de pus.                                                                     | Sortie le 1 <sup>er</sup> juillet 1927.                           |
| 98. L. P..., 25 ans<br>25 juin 1927.                       |                                                        | Appendicectomie.                                                                      | Appendice turgide contenant du pus à la pointe.                                                  | Sortie le 2 juillet 1927.                                         |
| <b>ABCÈS</b>                                               |                                                        |                                                                                       |                                                                                                  |                                                                   |
| 1. Louise G..., 23 ans.<br>6 semaines de<br>jours fébrile. | Crise datant de 6 semaines                             | Caecum fixé iléon adhérent, une cuillerée à café de pus fétide                        | Incision médiane. Appendicectomie. Pas de drainage.                                              | Guérison                                                          |
| 2. Maria A..., 20 ans.<br>16 novembre 1920.                | 12 jours après crise, mauvais fauces 39°.              | Abscs pelvien                                                                         | Colpotomie, pus fétide. Résection drainée spontanée dans le rectum ultérieure.                   | Sort guéri. Appendicectomie.                                      |
| 3. Armandine V..., 16 ans.<br>7 décembre 1920.             |                                                        | Abscs sous adhérences épiloïques et intestinales.                                     | Appendicectomie 2 cellophanes. 1 plan crins en 8.                                                | Guérison                                                          |
| 4. Suzanne V..., 21 ans.<br>15 mars 1921.                  |                                                        | Abscs iliaque à pus fétide, avec perforation sur calcul stercoral.                    | Incision iliaque droite. 1 cellophane. Fermeture 1 plan.                                         | Guérison                                                          |
| 5. Fernand A..., 48 ans.<br>23 avril 1921.                 | 2 <sup>e</sup> crise, Plastron - douleurs température. | Abscs appendiculaire latéro-rétro-caecal.                                             | Incision sus-iliaque. Drain.                                                                     | Guérison.                                                         |

| PRÉNOM, AGE, DATE                                 | HEURE OU JOUR DE LA CRISE                                                                  | RENSEIGNEMENTS                                                                                    | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                                                    | RÉSULTATS                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Adolphe A..., 24 ans...<br>28 juillet 1921.    | 3 <sup>e</sup> jour                                                                        | Appendice sphacélé avec abcès.                                                                    | Pas de fermeture. Mèche cel-<br>lophane.                                                                                                                    | Guérison.                                                                                                  |
| 7. Marie D..., 17 ans.....<br>26 novembre 1921.   |                                                                                            | Abcès lombaire.                                                                                   | Incision sus-iliaque. Drain.                                                                                                                                | Guérison avec fistule 2 <sup>e</sup><br>intervention avec appendi-<br>cectomie.                            |
| 7 bis. Joseph F..., 44 ans...<br>13 juillet 1921. | 9 <sup>e</sup> jour                                                                        | Gros abcès à pus fétide.                                                                          | Incision iliaque basse 2 gros<br>drains.                                                                                                                    | Guérison.                                                                                                  |
| 8. Henri C..., 45 ans.....<br>6 janvier 1922.     | 8 <sup>e</sup> jour                                                                        | Abcès à pus fétide inter-ca-<br>eco-colicque pariétal                                             | Incision iliaque. Drain                                                                                                                                     | Guérison.                                                                                                  |
| 9. Jeanne G..., 45 ans....<br>2 février 1922.     | 9 <sup>e</sup> jour très mau-<br>vais état général,<br>pouls 140.                          | Abcès pyogizeux latéro-ca-<br>ecal                                                                | Incision sus-iliaque. On ne<br>recherche pas l'appendice, 2<br>drains                                                                                       | Guérison locale puis con-<br>gestion massive base droite.<br><i>Fort brève.</i>                            |
| 10. Marthe I..., 42 ans...<br>6 février 1922.     | 9 <sup>e</sup> jour                                                                        | Gros abcès à pus fétide d'o-<br>deur gangreneuse                                                  | Incision sus-iliaque, pas de<br>recherche de d'appendice                                                                                                    | Etat grave quelques jours.<br>Guérison avec persistance<br>de 2 fistules sans odeur ni<br>matières fécales |
| 11. Marcel A..., 46 ans....<br>20 février 1922.   |                                                                                            | Abcès fétide de la pointe de<br>l'appendice, fausses membra-<br>nes                               | Appendicectomie drainage                                                                                                                                    | Guérison                                                                                                   |
| 12. F. G..., .....<br>25 juin 1922.               | 41 <sup>e</sup> jour, plas-<br>tron dans une fos-<br>se iliaque droite.<br>Température 39. | Péritone carbonne odéma-<br>teux. Abscs rétro-caecal à pus<br>fétide                              | Incision sus-iliaque, pas de<br>recherche de l'appendice Mo-<br>che cellophane, pas de ferme-<br>ture pariétale                                             | Guérison.                                                                                                  |
| 13. Marcel B..., 24 ans. ...<br>14 août 1922.     | 4 <sup>e</sup> jour                                                                        | Abcès péri - appendiculaire<br>Appendice gangrené                                                 | Entoussissement 1 drain                                                                                                                                     | Guérison.                                                                                                  |
| 14. Louis D., .....<br>13 septembre 1922.         | 10 <sup>e</sup> jour                                                                       | Abcès latéro-caecal pus fé-<br>tide                                                               | Incision sus-iliaque. Pas de<br>recherche de l'appendice Gros<br>drain                                                                                      | Guérison                                                                                                   |
| 15. Femme S..., 24 ans ...<br>25 juillet 1922.    | 9 <sup>e</sup> jour<br><br>Le 21 novembre<br>état grave.                                   | Abcès latéro pelvien<br>Péritonite en voie de diffu-<br>sion, fausses membranes Abscs<br>avec pus | Incision Iliaque droite, drain-<br>nage par mèches sans suture<br>pas de recherche de l'appen-<br>dice. Appendicectomie. Drain<br>et mèche dans le Douglas. | Guérison.                                                                                                  |

|                                                                            |                                                                                |                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16. Fernand G. . . 44 ans . . .<br>15 mars 1923.                           | 3 <sup>e</sup> semaine                                                         | Abcès iliaque droit pus fétide.                                                          | 1 drain sans fermeture                                                                                                          | Guérison.                                                                                                                              |
| 17. Armand V. . . . .<br>9 février 1924.                                   | 10 <sup>e</sup> jour                                                           | Gros abcès latéro-caecal                                                                 | Incision sus-iliaque. Gros drain sans fermeture, pas de recherche de l'appendice                                                | Guérison (n'est pas revenu pour le 2 <sup>e</sup> temps)                                                                               |
| 18. Alfred M. . . . 15 ans . . .<br>1 <sup>er</sup> mai 1924.              | 3 <sup>e</sup> semaine<br>3 <sup>e</sup> crise                                 | Appendice rétro-caecal avec abcès, pus fétide                                            | Appendicectomie. Drain et mèche                                                                                                 | Suppuration pariétale sort guéri le 19 mai                                                                                             |
| 19. Aldo O. . . . 22 ans . . .<br>10 juillet 1924.                         | 13 <sup>e</sup> jour grosse<br>masse mobile de<br>la droite de l'om-<br>bilic. | Abcès au milieu d'anses.                                                                 | Incision Jalaguier. Drain. On ne trouve pas l'appendice.                                                                        | Mort de péritonite diffuse le 8 <sup>e</sup> jour.                                                                                     |
| 20. Louis G. . . . 18 ans . . .<br>10 septembre 1924.<br>19 novembre 1924. | 3 <sup>e</sup> jour                                                            | Abcès latéro caeco-colique d'origine appendiculaire                                      | Incision sus-iliaque droite, pas d'appendicectomie                                                                              | Le 18 9. 24 ouverture d'un volumineux abcès du Dou-<br>glas. Réopère le 17 novem-<br>bre Guérison                                      |
| 21. Roger B. . . . 16 ans . . .<br>9 octobre 1924.<br>7 janvier 1925       | 10 <sup>e</sup> jour                                                           | Evacuation de 100 gr de pus odorant, l'appendice n'est pas trouvé                        | Incision postérieure au des-<br>sus de la crête iliaque. Drain.                                                                 | Sort guéri le 20 octobre.<br>Réopéré 3 mois après, guéri-<br>son.                                                                      |
| 22. Henri B. . . . 43 ans . . .<br>18 octobre 1924.                        |                                                                                | Pus assez abondant Epiplotte autour                                                      | Incision sus-iliaque posté-<br>rieure. Ablation de l'appendice dans l'abcès mais il n'est pas certain qu'il soit entier. Drain. | 15 octobre 1924 fistule stercorale. 31, fistule pres-<br>que fermée. Sort guéri le<br>10.11.24. Revu en janvier<br>1925, va très bien. |
| 23. Alfredine F. . . . 16 ans . . .<br>31 mars 1925                        | 41 <sup>e</sup> jour                                                           | Appendicite rétro-caecale avec abcès et perforation appendiculaire                       | Incision sus-iliaque Mèche cellophane                                                                                           | Sort guérie le 3 mai 1925.                                                                                                             |
| 24. B. C. . . . 39 ans . . .<br>3 avril 1925.                              | 3 avril                                                                        | L'appendice n'est pas vu.                                                                | Ouvert par la voie sus iliaque postérieure.                                                                                     | Sortie le 21 4.25. Réopérée le 17 juillet. Guérison.                                                                                   |
| 25. Jeanne V. . . . 68 ans . . .<br>4 mai 1925.                            | 17 jours                                                                       | Appendice avec calcul stercoral perforé d'un abcès fon-<br>gueux rétrocaecal.            | Incision sus iliaque. Appen-<br>dicectomie Drainage avec cel-<br>lophane. 2 crins doubles.                                      | Suites opératoires norma-<br>les                                                                                                       |
| 26. Besso B. . . . 40 ans . . .<br>21 juillet 1925.                        | 40 <sup>e</sup> jour<br>47 <sup>e</sup> jour                                   | Abcès du Douglas.<br>Ouverture de 2 gros abcès, l'un iléo-pelvien, l'autre rétro-caecal. | Incision par voie rectale.<br>Incision iliaque droite.                                                                          | Sort le 9 septembre 1925.                                                                                                              |

| PRENOM, AGE, DATE                                                          | HEURE OU JOUR DE LA CRISE                                                | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                                                                                | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                                                                                        | RÉSULTATS                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27. Eugène O. . . . . 35 ans . . . .<br>7 août 1925.<br>12 septembre 1925. | 3 <sup>e</sup> jour<br>Le 7 août<br>Occlusion<br>35 jour<br>12 septembre | Abcès appendiculaire pelvien.<br><br>Abcès pelvien récidivé, abcès centro-abdominal et occlusion grêle par bride                                                                              | Incision par voie sus-ombilicale<br>Une méche Un drain<br><br>Incision médiane. Tube de Paul dans le grêle. Une blessure accidentelle de l'artère iliaque ext. droite ligature de cette artère. | Evolution locale bonne, la D <sup>e</sup> remonte au bout de quelques jours et oscille aux environs de 38° du 15 au 25 aout. Sorti le 15 septembre. |
| 28. Marcel P. . . . . 24 ans . . . .<br>9 septembre 1925.                  | 16 jours                                                                 | Appendicite rétro iléo-caecale avec foyer suppuré du méso appendice                                                                                                                           | Incision lombaire. Appendicectomie, large drainage                                                                                                                                              | Décédé le 4 octobre Autopsie : abcès du foie.                                                                                                       |
| 29. Louise L. . . . . 22 ans . . . .<br>25 septembre 1925.                 | 3 jours                                                                  | Appendice totalement sphacélé, adhérent aux vaisseaux iliaques a milieu d'un abcès gangréneux                                                                                                 | Incision sus-iliaque prolongée en bas Appendicectomie Flémo. Cellophane 2 crins sur les muscles en haut Aucune fermeture de la peau                                                             | Sortie le 28 octobre 1925.                                                                                                                          |
| 30. Louise H. . . . . 43 ans. . . .<br>20 septembre 1925.                  |                                                                          | Volumineux abcès appendiculaire Un verre de pus extrêmement fétide                                                                                                                            | Incision sus-iliaque On ne trouve pas l'appendice Drain.                                                                                                                                        | Sortie le 19 octobre 1925.                                                                                                                          |
| 31. Raymond V. . . . . 16 ans.<br>5 octobre 1925.                          | 2 jours                                                                  | Appendice totalement perforé sphacèle, rétro-caecal dans abcès gangréneux                                                                                                                     | Mac Burney. Cellophane. Incision sur les muscles. Rien sur la peau                                                                                                                              | Sorti le 15 octobre 1925.                                                                                                                           |
| 32. Emilienne J. . . . . 47 ans.<br>27 novembre 1927.                      | 17 jours                                                                 | Abcès appendiculaire volumineux contenant un verre a des adhérences épiloïques Absorption de pus très fétide et un calcul stercoral. Appendice perforé                                        | Incision médiane. Libération des adhérences épiloïques Absorption de la poche suppurée Appendicectomie Drain par méche cellophane Paroi en un plan Crin en 8.                                   | Décédée le 29 novembre au soir D <sup>e</sup> 40, ballonnement de l'abdomen. Puits 160 Pas d'odeur focale due par la plaie.                         |
| 33. Georges C. . . . . 35 ans . . . .<br>17 février 1926.                  | 7 semaines                                                               | 5 abcès ; 1 utéro vésico sigmoïdien ; 4 rétro-sigmoïdien ; 1 pélico caecal ; 1 rétro caecal ; 1 latéra caeco-colique. Appendice amputé spontanément et probablement libre dans l'un des abcès | Incision médiane puis 2 <sup>e</sup> incision iliaque droite. Ouvverture de 5 abcès Appendicectomie Très large drainage avec 2 gros tubes de caoutchouc et méche entourée de cellophane.        | Décédé le 19 février de péritonite aigue.                                                                                                           |
| 34. J. B. . . . . 30 ans . . . . .<br>29 mai 1926.                         | 8 jours                                                                  | Abcès rétro-caecal d'origine appendiculaire (450 gr. de pus fétide)                                                                                                                           | Ouverture par une courte incision iliaque d'un abcès.                                                                                                                                           | Guerison.Sortie le 25 juin. Le 29 juillet 1926, abcès paraissant pariétal s'étant ouvert la veille                                                  |

|                                                  |                     |                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                               |
|--------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 35. Suzanne N..., 19 ans...<br>10 juin 1926.     | 8 jours             | Collection suppurée latéro-cæco-colique pus horriblement fétide.                                                                                                                  | Drain Incision sus-iliaque gros drain et petite meche.                                       | Décédée le 14 juin 1926<br>Sans lésions nettes de périlonite. |
| 36. André C..., 17 ans....<br>28 juin 1926.      |                     | Abcès fétide, appendicite gangreneuse                                                                                                                                             | Mac Burney très interne pas d'enfoncement. Drain pelvien Pas de suture.                      | Sort guéri le 26 juillet 1926.                                |
| 37. Sébastien B..., 38 ans.<br>29 juin 1926.     | 29 juin             | Abcès appendiculaire pré-iléal cæcal Pus fétide assez abondant Appendice adhérent                                                                                                 | Incision sus-iliaque Drain                                                                   | Sorti le 29 juillet 1926.                                     |
| 38. Carlo B ... 42 ans....<br>28 septembre 1926. | 2 septembre         |                                                                                                                                                                                   | Appendicectomie                                                                              |                                                               |
| 39. Etienne C..., 28 ans...<br>23 décembre 1926. | 5 jours             | Cæcum distendu 1 <sup>er</sup> abcès iliaque à pus fétide contenant un gros calcul stercoral. 2 <sup>e</sup> abcès iléo pelvien contenant 1/2 litre de pus fétide et de gaz       | Incision iliaque droite. Gros drain jusqu'au fond du Douglas. Incision paroi laissée béante. | Décédé le 30 septembre 1926.                                  |
| 40. Mohamed Y..., 24 ans.<br>6 janvier 1927.     | 4 jours             | Abcès appendiculaire-cæcocolique Un verre à Bordeaux de pus fétide. Appendice non vu ni cherché.                                                                                  | Incision sus iliaque. Drain.                                                                 | Sorti guéri le 4 décembre 1926.                               |
| 41. Ernest K..., 33 ans ....<br>17 mars 1927.    |                     | Appendice gangrené d'un abcès fétide.                                                                                                                                             | Incision sus iliaque. Appendicectomie au thermo. Pas d'enfoncement. Drain.                   | Sorti le 24 janvier 1927.                                     |
| 42. Raymonde B..., 18 ans<br>21 avril 1927.      | 4 <sup>e</sup> jour | Abcès à pus épais très fétide. Appendice perforé en 2 endroits 2 <sup>e</sup> petit abcès sous-cæcal.                                                                             | Incision courbe en dedans de l'épine iléo. Appendicectomie. Mickulicz.                       | Décédé le 19 mars 1927.                                       |
| 43. P..., G..., 28 ans. ....<br>11 mai 1927.     | 3 semaines          | Abcès retro cæcal horriblement fétide.                                                                                                                                            | Mac Burney avec section musculaire Appendicectomie. Cellophane retro-cæcale.                 | Sortie guérie le 8 mai 1927.                                  |
|                                                  |                     | Appendicite pelvienne avec abcès. Nombreuses adhérences du grêle et du gros intestin Appendice avec calcul stercoral à son extrémité libre (Calcul situé en dehors de l'appendice | Incision médiane sous ombilicale                                                             | Suites opératoires apyrétiques. Sorti le 27 mai 1927          |

# APPENDICITES GANGRENEUSES

- 72 -

| PRÉNOM, AGE, DATE                                | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                                                  | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                              | RÉSULTATS                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 44. Lucienne F..., 19 ans...<br>15 juillet 1920. | 3 <sup>e</sup> jour       | Appendice turgescent, plaques de gangrène non perforée. Abcès localisé derrière et en dehors du cæcum, le grand péritoine est sain.                             | Incision très externe Drainage de l'abcès externe Fermeture du péritoine et non de la paroi. Serum antigangreneux.    | Gucrison.                                                   |
| 45. Joseph D..., 33 ans...<br>11 août 1920.      | 3 jours 1 2               | Appendicite gangreneuse avec perforation. Peritonite généralisée.                                                                                               | Incision de Roux. Ablation de l'appendice. 4 drain iliaque et 1 dans le pelvis.                                       | Gucrison.                                                   |
| 46. Marguerite L..., 17 ans<br>29 novembre 1920. | ?                         | Appendicite gangrenée perforée                                                                                                                                  | Ablation de l'appendice. 1 drain. Aucune suture parietale.                                                            | Gucrison.                                                   |
| 47. Eugène T..., 29 ans...<br>13 décembre 1920.  | 4 jours                   | Appendice gangrenée, perforée, latéro-cæcal, ascendant. Quelques fausses membranes. Un peu de liquide louche.                                                   | Incision de Roux Appendicectomie avec entoussissement du moignon. Drain et 2 méches, cellophane                       | Décédé le 18 décembre à 11 heures.                          |
| 48. Suzanne D..., 18 ans...<br>17 juin 1921.     | 72 heures                 | Appendice gangrenée latéro-cæcal, très adhérent, avec calcul stercoral et imminence de perforation à la pointe Pus fétide dans la région                        | Incision iliaque droite Appendicectomie Meche cellophane le long du cæcum Fermeture partielle de la paroi.            | Revue le 13 juin 1922. Bon état abd Cicatrice soignée.      |
| 49. Jean R..., 23 ans...<br>21 novembre 1921.    | 36 heures                 | Appendicite gangreneuse non perforée.                                                                                                                           | Appendicectomie Réunion sans drainage.                                                                                | Gucrison.                                                   |
| 50. André B..., 45 ans 1/2.<br>14 février 1922.  | 60 heures                 | Appendicite gangreneuse.                                                                                                                                        | Ablation de l'appendice et de l'épiploon sphacèle fermeture avec une petite meche a cause des escarres peritoneales). | 25 février 1922, on ouvre un abcès à pus fétide du Douglas. |
| 51. Marcel H..., 16 ans...<br>20 février 1922.   | ?                         | Appendice adhérent : rétrograde. Une fois libéré, issu de fausses membranes et de pus à odeur fécaloïde et putride Abcès gangreneux de la pointe de l'appendice | Appendicectomie Drainage.                                                                                             | Sort guéri le 27 avril 1922.                                |

|                                                  |                                                   |                                                                                                     |                                                                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32. Robert N., 29 ans ....<br>14 août 1922.      | 18 heures                                         | Liquide, bouillon sale dans le ventre. Appendice gangréné.                                          | Alcès rétro-hépatique intra-péritonéal.                                                                                  | Appendicectomie sans enflouissement. Drain. Paroi en 3 plans.                                                                           | Malade en état général. Pronostic presque désespéré.                                                                                                                                                                                                                           |
| 33. Marcel B., 24 ans ....<br>14 août 1922       | 30 <sup>e</sup> jour<br>14 septembre              | Liquide, bouillon sale dans le ventre. Appendice gangréné.                                          | Alcès rétro-hépatique intra-péritonéal.                                                                                  | Incision lombaire avec résection de la 12 <sup>e</sup> côte.                                                                            | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 34. Perpétue P., 27 ans...<br>2 décembre 1922.   | 80 heures                                         | Appendicite gangrénéeuse                                                                            | Liquide, bouillon sale dans le ventre. Appendice gangréné.                                                               | Appendicectomie. Enflouissement. Drain. Paroi en 3 plans                                                                                | Guérison                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 35. Marcelle S., 18 ans...<br>18 janvier 1924    | 36 heures                                         | Appendicite gangrénéeuse                                                                            | Appendicite gangrénéeuse                                                                                                 | Appendicectomie Drainage.                                                                                                               | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 36. André B., 54 ans...<br>19 novembre 1923.     | Femme enceinte de 8 mois<br>60 <sup>e</sup> heure | Appendicite gangrénée dans son extrémité.                                                           | Appendicite gangrénée dans son extrémité.                                                                                | Incision iliaque droite. Dissociation. Appendicectomie. Petite mèche cellophane. 3 crins sur les muscles. Pas de suture cutanée. Ether. | 19 janvier : coliques atoniques, 18 en travail. Etat grave prostré D <sup>e</sup> 40, langue sèche. Oligurie. 20 janvier : accouchement spontané mortel d'un enfant à 8 mois qui meurt dans la soirée. Etat grave de la mère. 6 février : <i>tu très bien</i> phlébite gauche. |
| 37. Léon D., 23 ans .....<br>25 décembre 1923.   | 36 heures                                         | Appendicite gangrénéeuse dans un sac de hernie inguinale prise pour une hernie inguinale étranglée. | Appendicite gangrénéeuse dans un sac de hernie inguinale prise pour une hernie inguinale étranglée.                      | Appendicectomie. Impossibilité de refaire la paroi de la hernie. Fermeture sans drainage.                                               | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 38. B., 36 ans .....<br>16 mars 1923.            | 60 heures                                         | Appendice gangréné et pus fétide liquide                                                            | Appendice gangréné et pus fétide liquide                                                                                 | Incision iliaque basse. Appendicectomie. Réunion des muscles. Mèche cellophane.                                                         | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 39. Louis F., 31 ans .....<br>25 octobre 1924.   | 4 <sup>e</sup> jour                               | Appendicite gangrénéeuse avec péritonite diffuse.                                                   | Appendicite gangrénéeuse avec péritonite diffuse.                                                                        | Rachi-anesthésie. Appendicectomie. Tamponnement à la gaze iodoformée. Mickulicz rétro-cæcal                                             | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 40. Pierre N., 25 ans .....<br>11 décembre 1924. | ?                                                 | Appendice gangréné, perforé, rétro-cæcal.                                                           | Appendice gangréné, perforé, rétro-cæcal.                                                                                | Appendicectomie. Cellophane de la fosse iliaque. Crins sur les plans profonds. On laisse la peau ouverte                                | Guérison.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                  | ?                                                 | Appendice gangrénéux. Péri-tonite généralisée.                                                      | Ether 1 drain dans le Douglas 1 cellophane dans la fosse iliaque droite. Fermeture sur péritoine. Paroi laissée ouverte. |                                                                                                                                         | Sorti guéri                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| PRENOM, AGE, DATE                                        | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                                              | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                                                      | RÉSULTATS                      |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 61. Fernande G., 21 ans<br>26 février 1925               | ?                         | Appendice rétro-cécum tout à fait court, plié en deux, adhérent et perforé au milieu de Meche. Fermeture des plans débris sphaceliques à odeur gangréneuse. | Mac Burney Appendicectomie rétrograde. Enfouissement dans Meche. Fermeture des plans profonds aux crins. Pas de fermeture sur la peau.                        | Sortie le 16 mars 1925,        |
| 62. Gaston C., 24 ans<br>12 mars 1925<br>24 octobre 1925 | 4 <sup>e</sup> jour       | Appendice en 2 tronçons et gangréneux. Pus fétide et sphacolé dans le péritoine.                                                                            | Incision verticale de Jalaguer. Appendicectomie. Drains dans le Douglas Meches. Pas de suture.                                                                | Sort le 3 mai 1925. Fistule    |
|                                                          | 7 mois après              |                                                                                                                                                             | Fermeture après décollement de fistule cécale. 2 plans catgut Crins en 8 sur un drain.                                                                        | Sort le 5 novembre 1925        |
| 63. Marinus M., 19 ans<br>12 juillet 1925                | 24 heures                 | Appendice gangréneux. Faus- ses membranes sur péritoine.                                                                                                    | Ether Appendicectomie.                                                                                                                                        | Sorti le 24 juillet 1925.      |
| 64. Marcel C., 28 ans<br>15 novembre 1925.               | 8 jours                   | Appendice gangréneux et perforé généralisé.                                                                                                                 | Incision sus-iliaque. Appendicectomie. Cellophane. 2 mé- ches. Crins sur les muscles. Rien sur la peau.                                                       | Sorti le 22 décembre 1925      |
| 65. Paul B., 46 ans<br>17 juin 1926.                     | 36 heures                 | Appendice rétro-cécum adhé- rent sphacolé sur la presque totalité de sa longueur                                                                            | Ether. Incision iliaque. Ré- section de l'appendice. Liga- ture étagée du méso. Thermo- cauterisation. Cellophane. Un point au crin                           | Sort guéri le 5 juillet.       |
| 66. Jean B., 49 ans<br>9 juin 1927.                      | Urgence                   | Appendice gangréneux per- foré, gros, fragmenté d'un ab- ces putride postérieur                                                                             | Incision très postérieure et basse. 12 crin. On enlève l'ap- pendice par fragments. Le fond du foyer est bien nettoyé à l'éther. Grosse cellophane Crins en 8 | Guerison.                      |
| 67. Simonne M., 16 ans 1/2<br>9 avril 1927.              | ?                         | Gangrene appendiculaire.                                                                                                                                    | Mac Burney Appendicecto- mie Meche                                                                                                                            | Sortie guérie le 29 avril 1927 |

|                                                        |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 68. Louise L. . . . 29 ans . . .<br>18 avril 1920.     | 19 heure                                                            | Incision de Mac Burney ag runde. Appendicectomie. Enfoncement. Suture, paroi avec un drain.                                                                                                                                         | Liquide bouillon sale dans la fosse iliaque droite. Appendice court avec 2 perforations. Pus encore d'adhérences récentes mais épiploon épais et très vasculaire avec bride ancienne l'unissant au cæcum. | Guerison                                                                                                                                                                                                                      |
| 69. Louise D. . . . 17 ans 1/2.<br>6 janvier 1921      | 36 heures                                                           | Appendice coudé à cheval sur le droit supérieur perforé près de la pointe. Pus dans la région.                                                                                                                                      | Mac Burney Appendicectomie. Enfoncement. Fermeture du péritoine et non de la paroi.                                                                                                                       | Sort guérie le 3 février 1921. Le 24 <sup>e</sup> jour fait un abcès pelvien à pus fétide. Rectite glaireuse. Incision par le rectum. Drain.                                                                                  |
| 70. Joseph D. . . . 25 ans . . .<br>24 février 1922.   | 4 <sup>e</sup> jour et 2 h après perforation et péritonite diffuse. | A l'ouverture du péritoine pus sous le foie, fausses membranes sur le pylore, pas de perforation gastrique ou duodénale. On attire en bas l'appendice qui adhère à une corde épiploïque et qui est perforé sur un calcul stercoral. | Incision horizontale à droite de l'ombilic. Ablation de l'appendice et de l'épiploon voisin. Fermeture paroi en un plan de bronze.                                                                        | 11 mars 1922. Abcès du Douglas incisé par la voie rectale. 26 mars : Décès. Autopsie. A droite du mésentère adhérences fibrino purulentes, à gauche tout est sain. 3 abcès du foie dont un central fermé gros comme le poing. |
| 71. Marcel B. . . . 17 ans . . .<br>31 août 1922       | 3 <sup>e</sup> jour                                                 | Liquide séro-purulent : à l'ouverture du péritoine. Appendice perforé à sa base.                                                                                                                                                    | Appendicectomie. 1 drain.                                                                                                                                                                                 | Décédé le 9 septembre.                                                                                                                                                                                                        |
| 72. Amélie B. . . . 24 ans . . .<br>10 octobre 1922.   | 41 <sup>e</sup> jour                                                | Appendice rétro-latéro-cæcal avec un peu de pus autour, très gros et perforé à la pointe de l'abcès.                                                                                                                                | Incision sus-iliaque, droite. Appendicectomie. Meche cellophane. Fermeture partielle avec 2 crins en 8.                                                                                                   | Guerison                                                                                                                                                                                                                      |
| 73. Charles V. . . . 19 ans . . .<br>9 septembre 1923. | 9 <sup>e</sup> jour et 20 après perforation probable.               | Péritonite généralisée d'origine appendiculaire probable.                                                                                                                                                                           | Incision iliaque. Drain (no vaccine locale).                                                                                                                                                              | Mort le 10 septembre.                                                                                                                                                                                                         |
| 74. Jeanne M. . . . 17 ans . . .<br>26 novembre 1923.  | 60 heures                                                           | Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Pus dans l'abdomen.                                                                                                                                                                | Appendicectomie. Enfoncement. Drainage de la fosse iliaque et du Douglas. Chloro.                                                                                                                         | Guerison.                                                                                                                                                                                                                     |
| 75. Jeanne A. . . . 27 ans . . .<br>4 février 1924.    | 78 heures                                                           | Appendice complètement sectionné et détaché du cæcum à 5 cm. de son implantation cœcale                                                                                                                                             | Appendicectomie Drainage. Ether.                                                                                                                                                                          | Guerison.                                                                                                                                                                                                                     |

| PRÉNOM, ÂGE, DATE                                | HEURE OU JOUR DE LA CRISE | RENSEIGNEMENTS                                                                                                                                        | MARCHE DE L'INTERVENTION                                                                                                                                                                            | RÉSULTATS                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 76. Victor L..., 46 ans...<br>6 mai 1922         | 36 heures                 | Appendice perforé à sa partie moyenne très adhérent à la face postérieure du cæcum.                                                                   | Appendicectomie. Fermeture en un plan. 1 drain                                                                                                                                                      | Sorti le 7 juin.                                                                                                                                                       |
| 77. P. J. ..., 46 ans...<br>2 septembre 1924.    | 4 <sup>e</sup> jour       | Appendice amputé à sa base. Cæcum très cartonné. Appendice très gros et sphacélé.                                                                     | Appendicectomie. Suture précaire en 2 plans de l'opifice d'implantation de l'appendice. Suture des parties molles. Pas de suture de la peau. Cellophane sur le cæcum. Drain dans le Douglas. Ether. | Sort guéri le 1 <sup>er</sup> juillet.                                                                                                                                 |
| 78. Charles G..., 18 ans...<br>4 août 1925.      | 11 jours                  | Pus abondant et fétide.                                                                                                                               | Ether. Incision. Drain dans la fosse iliaque. Pas de fermeture.                                                                                                                                     | Mort 4 heures après.                                                                                                                                                   |
| 79. Lucienne F..., 16 ans...<br>27 août 1925.    | 3 jours                   | Pus en grande abondance. Appendice sphacélé et rompu adhérent à la face interne des vaisseaux iliaques. On trouve un calcul stercoral dans le ventre. | Incision. Appendicectomie pas d'enfoncement. Assèchement du ventre, 4 mèches, 2 drains. 3 crins sur les muscles, pas de fermeture de la peau.                                                       |                                                                                                                                                                        |
| 80. Suzanne C..., 49 ans...<br>15 décembre 1925. | 18 <sup>e</sup> jour      | Épiploite suppurée.                                                                                                                                   | Réséction épiploon. Drainage du petit bassin par la première incision.                                                                                                                              | Décédée le 5 octobre 1925                                                                                                                                              |
| 81. R. L..., 22 ans...<br>8 mars 1926.           | 14 heures                 | Appendice perforé et pus libre dans le péritoine (un verre).                                                                                          | Appendicectomie. Enfoncement. Drain dans le Douglas et suture des parties molles sans suture de la peau.                                                                                            | Sortie le 12 janvier 1926.<br>Le 27 mars 1926, un peu de sérosité à la partie supérieure de la cicatrice fistuleuse pariétale. On dirait que l'on sent un crin profond |
| 81. R. L..., 22 ans...<br>8 mars 1926.           | 10 <sup>e</sup> heure     | Appendice perforé, pus odorant en abondance. Appendice                                                                                                | Ether. Appendicectomie, pas d'enfoncement. 2 mèches, 1                                                                                                                                              | Accouchement à 4 heures du matin. Surtout, mèches, 1                                                                                                                   |

|                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |                                |
|----------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 83. I. R. ....<br>3 juillet 1926.            | 9 <sup>e</sup> heure | recées inflammatoires, aucun abcès ouvert par rectum. On découvre moignon d'appendice long de 1 cm. Le segment inférieur est probablement enfoui dans un bloc d'adhérences pelviennes.                                                        | Appendice perforé au niveau d'un calcul.                                                                                                                                                                                                      | Laparotomie transversale, estomac sain, pas de gaz mais pas d'odeur stercorale. Incision iliaque droite et ablation de l'appendice. Crins en 8. 1 mèche.                   | Sorti le 14 août 1926.         |
| 84. Auguste L.,<br>49 juillet 1926.          | 40 heures            | Pas libre fécaloïde. Appendice sphacélé et sectionné à la base.                                                                                                                                                                               | Appendice sphacélé et sectionné à la base.                                                                                                                                                                                                    | Incision Mac Burney élargie ensuite en bas. On ne peut enlever l'appendice. 2 mèches lar-ges, l'une protégeant la grande cavité, l'autre derrière le caecum. Un crin en 8. | Sorti le 25 août 1926.         |
| 85. Adrienne C., 46 ans.<br>24 août 1926.    | 24 heures            | Appendice adhérent perforé presque complètement sectionné.                                                                                                                                                                                    | Appendice adhérent perforé presque complètement sectionné.                                                                                                                                                                                    | On résèque les 2 bouts thermo-enfouissement. Cellophane.                                                                                                                   | Sorti le 7 septembre 1926.     |
| 86. Mohamed Z., 39 ans.<br>4 octobre 1926.   |                      | Péritonite par perforation appendiculaire.                                                                                                                                                                                                    | Péritonite par perforation appendiculaire.                                                                                                                                                                                                    | Appendicectomie. Enfouissement 1 crin en 8. 1 cellophane.                                                                                                                  | Sortie le 22 octobre 1926.     |
| 87. Edouard A., 41 ans.<br>15 novembre 1926. | 3 <sup>e</sup> jour  | Pus. Appendice sphacélé et perforé à sa partie moyenne. Plaques sphacéleuses sur le caecum et l'épiploon.                                                                                                                                     | Pus. Appendice sphacélé et perforé à sa partie moyenne. Plaques sphacéleuses sur le caecum et l'épiploon.                                                                                                                                     | Incision assez externe. Section des muscles; appendicectomie, pas d'enfouissement. On laisse ouvert avec un sac de gaz et 4 mèches.                                        | Malade meurt 6 heures après.   |
| 88. Marie F., 22 ans.<br>30 mai 1927.        | 24 heures            | Liquide dans la grande cavité. Le fond caecal est extériorisé. Il forme une tumeur comprenant un <i>appendice très enflam-mé et perforé</i> . Il est très court et se continue dans l'intérieur du caecum où il est percé à travers la paroi. | Liquide dans la grande cavité. Le fond caecal est extériorisé. Il forme une tumeur comprenant un <i>appendice très enflam-mé et perforé</i> . Il est très court et se continue dans l'intérieur du caecum où il est percé à travers la paroi. | Ether. Mac Burney agrandi par le bas. Appendicectomie. Enfouissement 2 crins en 8. 1 drain.                                                                                | Sortie guérie le 19 juin 1927. |
| 89. Israël G., 28 ans.<br>15 juin 1925.      | ?                    | Appendice de recherche difficile, retro-caecal derrière un caecum fixé, anses grêles adhérentes autour.                                                                                                                                       | Appendice de recherche difficile, retro-caecal derrière un caecum fixé, anses grêles adhérentes autour.                                                                                                                                       | Appendicectomie. Paroi aux bronzes. 1 cellophane.                                                                                                                          | Décédé le 20 juin.             |

\*  
\* \*

L'étude du tableau que nous venons de publier va nous permettre de tirer des conclusions plus pratiques des interventions dans l'appendicite aiguë.

Nous avons d'abord groupé une série de 98 cas qui représentent des appendicites aiguës opérées précocement, dans la majeure partie, avant la 48<sup>e</sup> heure, et correspondant à des formes banales. Comme on pouvait s'y attendre, les résultats opératoires en sont excellents. Il semble bien qu'ils auraient été les mêmes entre les mains de tout autre opérateur. Si l'on excepte deux cas (observation 61) l'un concernant un sujet de 66 ans décédé d'une congestion pulmonaire 20 jours après son opération, l'autre (observation 76) un sujet de 48 ans opéré à la troisième semaine, mort dans l'hyperthermie le lendemain même, chez lesquels il semble bien que l'opération pratiquée ne peut pas être mise en cause directe, tous les autres malades ont guéri. Chez la plupart, en vertu de la précocité de l'intervention la fermeture pariétale a été complète et nous ne relatons somme toute que deux abcès pelviens, une fistule pyostercorale, une éventration post-opératoire et une collection de la paroi.

Il convient toutefois de signaler qu'en quelques circonstances l'opérateur s'est trouvé en présence de lésions assez graves avec déjà du liquide presque purulent dans l'abdomen. Mais le peu d'heures écoulées a pu l'autoriser à ne point drainer, presque toujours la suture de la paroi a été faite en un plan.

Ce n'est évidemment pas dans ces observations que nous trouverons le plus matière à discussion, nous avons signalé au passage deux points qui nous semblaient intéressants (fermeture totale, et en un plan) nous aborderons maintenant les 3 autres catégories en commençant par les abcès.

### **Abcès.**

Une première constatation s'impose, c'est qu'en général l'intervention dans ces abcès s'est imposée dans le courant de la deuxième semaine, très souvent autour du neuvième jour.

Comme nous l'avons déjà indiqué la grosse majorité de ces collections purulentes est fournie par les appendicites rétro-cæcales, leur abord s'est fait par voie sus-iliaque et assez souvent la recherche de l'appendice n'a pas été effectuée. Le reste de ces observations concerne soit des péritonites enkystées de la fosse iliaque droite, soit encore des abcès pelviens.

En aucun cas il n'a été pratiqué de fermeture pariétale le drainage a toujours été large et cependant on a pu déplorer huit morts sur un total de 43 cas, il semble bien que cette proportion soit relativement considérable ; reste pourtant à tirer une interprétation de ces décès.

Dans l'observation 9, nous retrouvons l'évolution clinique propre à l'enfance, il s'agit en effet d'une fillette de 15 ans arrivée tard au neuvième jour avec un état général très mauvais. Malgré une intervention minimum

l'enfant meurt d'une congestion massive de la base droite qu'il faut interpréter comme une conséquence directe d'une intoxication appendiculaire.

L'observation 19 concernant un malade de 22 ans opéré le quinzième jour et présentant uniquement une grosse masse mobile dans l'abdomen, nous montre bien quel danger on peut courir à opérer des appendicites aiguës insuffisamment refroidies. L'opérateur est tombé sur un abcès, il n'a pu enlever l'appendice, mais il a déclenché une péritonite diffuse qui a entraîné la mort le huitième jour. Dans ces conditions on peut conclure qu'en attendant quelques semaines l'évolution en aurait été différente.

L'observation 28 nous confirme le danger des suppurations rétro-cæcales et leur propagation hépatique, c'est en effet un abcès du foie qui entraîne la mort après une longue période de suppuration et malgré une incision bien placée et un large drainage.

Dans les observations 32, 33, 35, 38 et 41, l'intervention a été pratiquée alors que l'état clinique l'exigeait, dans tous les cas il s'agissait d'abcès volumineux ou multiples ou même pyo-gazeux. L'infection appendiculaire a eu le dessus contre le chirurgien.

Les autres malades ont guéri plus simplement, soit au prix d'une suppuration plus ou moins longue, quelquefois d'un état alarmant pendant quelques jours ; beaucoup d'entre eux ont dû subir une deuxième intervention pour l'ablation de leur appendice.

### Appendicites gangreneuses.

Parmi ces appendicites gangreneuses, nous pourrions distinguer celles où l'opération a été pratiquée précocement (dans un délai n'excédant pas 72 heures), et celles qui n'ont pu être ouvertes que plus tardivement. Les premières, malgré la gravité de l'état général et des lésions locales, ont donné de bons résultats ; la seule mort constatée par contre a trait à une appendicite opérée au 4<sup>e</sup> jour (observation 47) et chez laquelle, semble-t-il, le tamponnement à la Mickulicz aurait peut-être été préférable.

L'observation 50 nous montre une appendicite gangréneuse opérée à la 50<sup>e</sup> heure et où malgré des escarres péritonéales, le drainage fut très limité. L'abcès résiduel du Douglas ouvert dix jours plus tard semble bien en être la cause directe.

Dans l'observation 52, malgré la précocité de l'intervention (18<sup>e</sup> heure) on trouve des lésions importantes et pourtant la paroi est fermée en trois plans avec mise en place d'un drain. Le malade a guéri après avoir pendant quelques jours fait craindre une issue fatale. Dans ces conditions on pourrait admettre rétrospectivement que la mise en place d'un Mickulicz correspondait mieux aux exigences de l'heure et qu'au surplus la fermeture pariétale en 3 plans était illogique.

Dans l'observation 55 il s'agit d'une femme enceinte, où ainsi que nous l'avons signalé l'allure de l'affection a été grave et rapide, le pronostic pendant quelques jours fut presque désespéré, trois jours après l'intervention

la malade accouchait d'un enfant mort de 8 mois, elle ne guérit qu'au prix d'une phlébite.

Toutes ces appendicites ont été drainées, sauf deux réunions totales (observations 49 et 56) opérées tôt dans quatre autres (57, 59, 60; 61) la peau n'a pas été refermée alors que soit le péritoine, soit les muscles, ont été réunis.

L'examen général de ces cas semble bien montrer que ces formes d'appendicites aiguës ne sont pas les plus graves, cependant il faut bien se dire que dans les péritonites généralisées que nous allons maintenant étudier, la plupart d'entre elles avaient trait à des appendicites gangreneuses.

#### **Péritonites généralisées.**

Nous trouvons dans cette catégorie, 7 décès pour 20 cas.

Discutons tout d'abord les morts et leurs causes.

Le premier cas (observation 70) nous met en présence d'une péritonite dont l'origine fut mal interprétée, l'opérateur a pensé à une perforation de l'étage sus-mésocolique, mais il commit surtout l'erreur de fermer complètement sa paroi, ce qui eût pour résultat, le 11 mars, de l'obliger à inciser un gros abcès du Douglas.

L'autopsie pratiquée un mois après révéla la présence de trois abcès du foie. L'observation (71) a trait à une appendicite hyper-toxique opérée le troisième jour qui, tout comme celle des observations 73 et 78, semblait être au-dessus des ressources chirurgicales.

Dans l'observation 79, la malade, une fillette de 16 ans, succombe au 18<sup>e</sup> jour, et semble n'avoir pu faire les frais d'une suppuration très abondante.

L'observation 82 est encore un exemple d'une intervention trop hâtive, pratiquée au bout de cinq semaines elle conduit l'opérateur sur des adhérences inflammatoires qu'il rompt. La malade meurt 3 jours après d'une péritonite généralisée, tout comme l'observation 89 où l'on est intervenu dans une péritonite plastique. Mort également par péritonite diffuse dans les cinq jours.

Observation 87, il s'agit encore d'une appendicite tardive, nous la mettons à part pour indiquer que dans ces cas particulièrement graves, malheureusement, quelle que soit la méthode employée, le résultat ne change guère. Ici malgré l'application d'un Mickulicz les événements ont suivi leur cours fatal. C'est évidemment dans les circonstances moins dramatiques que le large drainage trouve son meilleur emploi.

A côté de ces formes graves, nous pouvons citer (observations 69, 76) deux cas où malgré la présence de liquides épanchés et de perforation, le chirurgien s'est cru autorisé à fermer. C'est en effet dans ces conditions que certains auteurs (Ombredanne) ont pu préconiser la fermeture pariétale sur des péritonites précoces. Lorsque le début de l'affection est encore très rapproché, que les lésions intestinales et péritonéales sont nulles ou minimales, il ne s'agit plus de limiter un foyer infectieux ou de drainer un péritoine ; l'ablation de l'appendice ayant supprimé la cause, on peut laisser sans danger l'organisme lutter. Ce principe ne peut évidemment pas

un seul instant être invoqué lorsque l'on ferme une paroi au troisième ou au quatrième jour chez un sujet très touché, sur des lésions abdominales graves.

Ces quelques considérations nous permettent de confirmer les opinions défendues au cours de ce travail essentiellement critique qui n'a par ailleurs d'autre but que de rappeler certaines indications d'ordre très général. Ainsi que l'expérience le prouve, elles ne paraissent pas toujours appliquées aussi bien dans la détermination de l'acte opératoire que dans sa conduite.

---

## CONCLUSIONS

---

Au cours de cette étude critique du diagnostic d'intervention et de la conduite opératoire dans l'appendicite aiguë nous avons voulu rappeler quelques principes essentiels qui sont à la base de cette chirurgie d'urgence.

**I.** — Il n'existe pas de symptôme dans le tableau clinique qui ne puisse prêter à confusion. Le diagnostic s'établira sur la discussion et l'appréciation des signes, en tenant compte de la notion de leur variabilité.

**II.** — Il existe dans l'appendicite aiguë des facteurs de gravité qui commandent l'intervention chirurgicale, ce sont :

La nature de la lésion pariétale appendiculaire et de sa cause ;

Le temps écoulé depuis l'éclosion des accidents ;

Le sujet et le terrain ;

Le siège de l'appendice.

**III.** — L'intervention chirurgicale dans l'appendicite aiguë n'est soumise à aucune influence horaire. L'inter-

vention est fonction du tableau clinique et de sa gravité. Il faut donc :

*Intervenir toujours* dès le début puisque nous ne connaissons aucun moyen de prévoir si l'évolution sera bénigne ou grave.

*Intervenir toujours* et à n'importe quelle heure quand la situation l'exige.

*Respecter* les formes qui ont tendance à s'enkyster.

**IV.** — L'ablation de l'appendice est le but essentiel, mais il n'est pas toujours possible de le remplir.

Sa recherche dans les formes enkystées est inutile et dangereuse.

**V.** — Le drainage dans l'appendicite a pour but de limiter la diffusion des lésions infectieuses. Il doit être large et ne s'appliquera qu'aux formes graves, gangreneuses, et aux péritonites, quand celles-ci présentent des lésions péritonéales ou intestinales.

**VI.** — La fermeture pariétale doit être faite en un plan pour éviter l'infection toujours possible entre les espaces morts de la paroi.

---

---

1929. Saint-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC

---





